RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2009 • 2010

Québec

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE
DU QUÉBEC

Rapport annuel de gestion

2009 • 2010

DOCUMENT PRODUIT PAR
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Impression
J.B. Deschamps inc.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
ISBN 978-2-550-59261-7 (version papier)
ISBN 978-2-550-59262-4 (version PDF)
ISSN 1703-3780

Dans le présent rapport, le masculin désigne aussi bien les hommes que les femmes lorsque le contexte s'y prête.

Ce rapport a été imprimé sur un papier écologique traité sans chlore.

Créé spécialement pour la Régie, ce symbole représente l'évolution et l'avancement que permettront les orientations du Plan stratégique 2009-2013.

NOS PRINCIPAUX CLIENTS

Personnes couvertes par le régime d'assurance maladie	7,6 millions
Personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments	3,3 millions
Professionnels de la santé, dispensateurs de services et prescripteurs	35 179
Médecins spécialistes	9 304
Médecins omnipraticiens	8 531
Pharmaciens	7 601
Dentistes et chirurgiens buccaux	3 930
Résidents	2 572
Optométristes	1 281
Dispensateurs de services et prescripteurs	1 960

GESTION DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS

NOS PROGRAMMES REPRÉSENTENT 32 % DU BUDGET DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Nos sources de financement

Fonds des services de santé	4 905 M$	57 %
Fonds de l'assurance médicaments	3 206 M$	37 %
Autres	546 M$	6 %
Total	**8 658 M$**	

Les coûts de nos programmes

Rémunération des médecins (services médicaux)	4 724 M$	56 %
Médicaments et services pharmaceutiques	3 172 M$	37 %
Autres	611 M$	7 %
Total	**8 507 M$**	

Nos ressources

1 506 employés

168 millions de dollars de frais d'administration

Représentent 2 % du coût des programmes

en quelques chiffres

PRINCIPAUX SERVICES RENDUS EN 2009-2010

Aux personnes couvertes par le régime d'assurance maladie

Cartes d'assurance maladie délivrées		2,2 millions
Premières inscriptions	164 752	
Appels téléphoniques traités		1,8 million
Personnes accueillies aux bureaux de la Régie		158 745
Demandes de service traitées		1 180 507
Services professionnels et hospitaliers reçus hors du Québec	671 109	
Programmes d'aides techniques	361 605	
Programmes d'aides financières	117 793	

Aux personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments

Nouvelles inscriptions	430 460

Aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services

Demandes de paiement traitées		217,3 millions
Pharmaciens	166,4 millions	
Médecins omnipraticiens et spécialistes, dentistes, chirurgiens buccaux et optométristes	50,6 millions	
Dispensateurs de services	326 255	
Appels téléphoniques traités		223 461

Aux chercheurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

Demandes d'information statistique	1 413

Les lettres de transmission du rapport annuel de gestion de la Régie

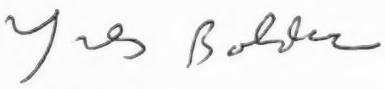
Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2010, conformément à la Loi sur l'administration publique et à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,



Yves Bolduc

Québec, juillet 2010

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)

Monsieur le Ministre,

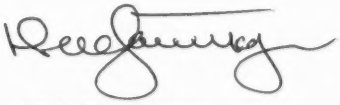
J'ai le plaisir de vous soumettre le rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que le rapport d'activité du régime général d'assurance médicaments pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2010.

Ce rapport fait état des résultats obtenus à l'égard des engagements pris par la Régie dans sa Déclaration de services aux citoyens et rend compte des objectifs de son plan stratégique pour l'exercice financier 2009-2010. Il fait également ressortir les défis que doit relever la Régie et présente les faits saillants de l'année.

De plus, ce document fait le point sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie, et répond aux différentes exigences législatives et gouvernementales en vigueur. Enfin, il présente des états financiers vérifiés, dont ceux du Fonds de l'assurance médicaments.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma considération.

Le président du conseil d'administration,



Michel Lamontagne

Québec, juillet 2010

La table des matières

Message du président du conseil d'administration 3

Message du président-directeur général 5

Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents 6

Rapport de validation de la vérification interne 7

Faits saillants 9

SECTION 1

La Régie 13

Mission 15

Valeurs organisationnelles 16

Conseil d'administration 17

Direction 27

Organigramme 30

SECTION 2

Les résultats 2009-2010 33

Déclaration de services aux citoyens 35

Plan stratégique 40

SECTION 3

L'application de certaines politiques gouvernementales 49

Accès à l'égalité en emploi 51

Développement durable 55

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 58

Financement des services publics 59

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 60

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 62

SECTION 4

Les ressources de la Régie 65

Ressources humaines 67

Ressources informationnelles 69

Ressources financières 71

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2010 77

Rapport d'activité 2009-2010 sur le régime général d'assurance médicaments 88

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2010 95

SECTION 5

Les annexes 103

1-Lois et règlements principaux qu'applique la Régie 105

2-Programmes administrés par la Régie 107

3-Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 115

4-Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie 121

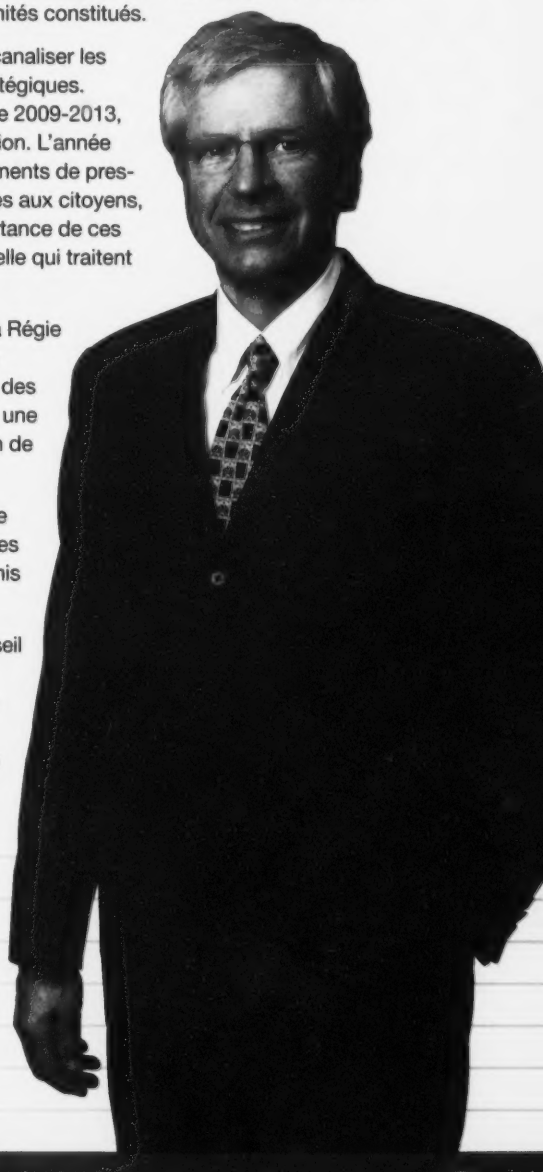
Coordonnées de la Régie 129

Message du président du conseil d'administration

L'année 2009-2010 a été pour la Régie de l'assurance maladie du Québec et pour son conseil d'administration une année charnière.

En effet, 2008-2009 avait été marquée par l'établissement de règles de fonctionnement du conseil d'administration et la mise en place de deux nouveaux comités. L'année 2009-2010 aura donc été l'occasion pour les membres du conseil d'administration d'exercer pleinement leurs fonctions et d'approfondir les facettes de la réalité à laquelle fait face une organisation de l'envergure de la Régie. Ainsi, pendant la dernière année, le conseil d'administration a été invité à commenter, à bonifier et à approuver de nombreux documents structurants pour l'organisation. La lecture du Rapport annuel de gestion 2009-2010 vous permettra d'ailleurs d'en prendre connaissance avec moult détails.

À ce sujet, permettez-moi de souligner la participation active des membres du conseil d'administration pendant cette année très remplie, que ce soit en termes de rencontres régulières ou extraordinaires du conseil, ou encore de rencontres des divers comités constitués.



Par leurs travaux, les membres du conseil ont permis de canaliser les ressources de la Régie vers l'atteinte des orientations stratégiques. Soulignons, au premier titre, l'adoption du Plan stratégique 2009-2013, pièce maîtresse pour établir les orientations de l'organisation. L'année 2009-2010 a aussi donné l'occasion de revoir les engagements de prestation de services contenus dans la Déclaration de services aux citoyens, préoccupation majeure du conseil compte tenu de l'importance de ces engagements pour les citoyens et la clientèle professionnelle qui traitent quotidiennement avec la Régie.

Également investi dans ses fonctions de surveillance de la Régie quant aux processus et façons de faire, le conseil a, entre autres, approuvé la Politique générale de gestion intégrée des risques et conclu, avec le Vérificateur général du Québec, une entente concernant la production de mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la Régie.

Ce ne sont là que quelques-uns des accomplissements de l'année 2009-2010, mais ils démontrent bien la richesse des échanges advenus et les nombreux projets qu'ils ont permis de mener à terme ou d'enclencher.

Je tiens à remercier chaleureusement les membres du conseil pour leur disponibilité et leur dévouement, notamment M^mes^ Régine Laurent et Luciana Soave qui nous ont quittés au cours de l'année. J'exprime également ma gratitude au président-directeur général et à son équipe de direction, en leur assurant qu'ils peuvent compter sur l'appui indéfectible du conseil dans la conduite des affaires de la Régie. Merci enfin à l'ensemble du personnel dont nous reconnaissons la compétence et l'engagement.

Le président du conseil d'administration,

Michel Lamontagne

Message du président-directeur général

C'est avec beaucoup de fierté que je vous invite à parcourir le présent rapport annuel de gestion. Vous y découvrirez qu'en 2009-2010, les efforts se sont poursuivis pour que la Régie de l'assurance maladie soit encore plus performante qu'auparavant.

Depuis le début des activités de la Régie, le chemin parcouru a été jalonné de réalisations qui témoignent d'une préoccupation constante d'offrir des services de grande qualité. Créée à l'origine en vue d'implanter et d'administrer un régime d'assurance maladie complet et universel pour tous les résidents du Québec, la Régie s'est vu confier, au fil des années, plus d'une quarantaine de programmes, dont la gestion du régime public d'assurance médicaments. L'organisation qui s'est ainsi édifiée est fière, aujourd'hui, de pouvoir se considérer comme un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

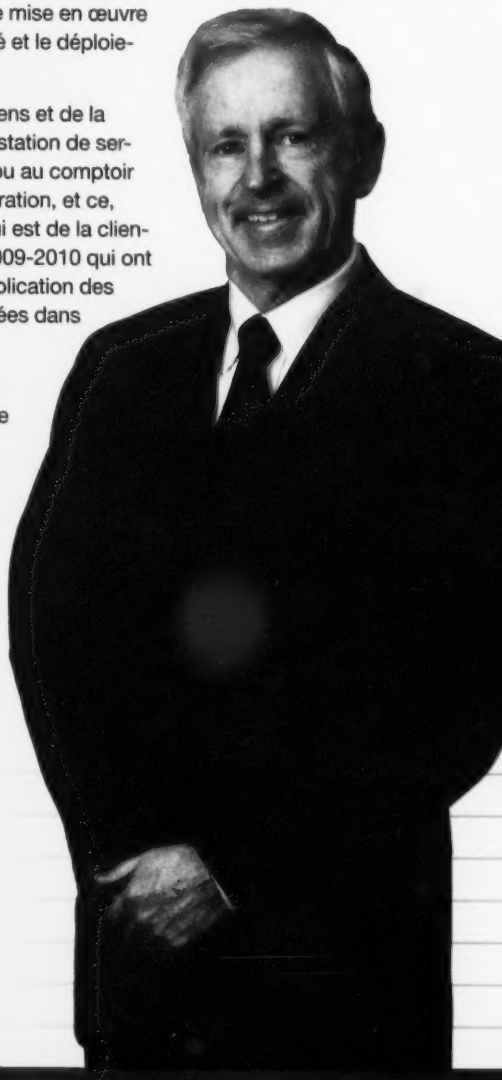
Cette année débutait la mise en œuvre du Plan stratégique 2009-2013. Celui-ci définit clairement les priorités de la Régie qui sont associées aux préoccupations des citoyens quant à la qualité des services et au rôle de l'organisation dans le système de santé québécois. C'est pourquoi, outre les opérations courantes, les employés de la Régie ont concentré leurs efforts sur la modernisation de la carte d'assurance maladie, l'amélioration du processus de mise en œuvre des ententes de rémunération des professionnels de la santé et le déploiement du Dossier de santé du Québec.

Ayant à l'esprit ses engagements publics à l'égard des citoyens et de la clientèle professionnelle, la Régie a réussi à améliorer sa prestation de services. Retenons notamment le délai d'attente au téléphone ou au comptoir pour lesquels les citoyens ont pu constater une nette amélioration, et ce, malgré un volume de transactions en croissance. Pour ce qui est de la clientèle professionnelle, rappelons entre autres les travaux de 2009-2010 qui ont permis d'améliorer de façon significative les processus d'application des ententes. Il s'agit de quelques-unes des réalisations présentées dans ce rapport annuel de gestion.

Je ne saurais conclure sans souligner le dévouement et l'expertise des quelque 1 500 personnes qui travaillent à la Régie et qui ont à cœur d'offrir des services de qualité. Je tiens également à remercier les membres du conseil d'administration pour leur engagement dans l'accomplissement de leurs diverses responsabilités. Leur présence et leur soutien nous seront précieux pour maintenir le cap dans la réalisation de nos objectifs.

Le président-directeur général,

Marc Giroux



Déclaration attestant la fiabilité des données et des contrôles afférents

La déclaration qui suit porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité de l'information et des résultats contenus dans ce rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

À notre connaissance, les renseignements figurant dans ce rapport :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats et les orientations stratégiques de l'organisme;
- présentent les cibles et les objectifs visés ainsi que les résultats atteints;
- constituent des données exactes et fiables;
- s'appuient sur des systèmes d'information et des mesures de contrôle reconnus.

En conséquence, nous déclarons que les données contenues dans ce rapport ainsi que les contrôles afférents sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2010. De plus, les résultats présentés ont été évalués quant à leur plausibilité et ont fait l'objet d'une mission d'examen par la Direction de la vérification interne.

Le rapport a été approuvé par le comité de régie interne, qui en assume la responsabilité, ainsi que par le conseil d'administration de la Régie.

Marc Giroux
Président-directeur général

Gaétan Thériault
Vice-président aux services
aux personnes assurées

Richard Audet
Vice-président aux technologies
de l'information

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération
des professionnels

Francine Jacques
Vice-présidente à l'administration
et à la gestion de l'information

Normand Julien
Directeur général des affaires institutionnelles
et secrétaire général

André Rochon
Directeur des services juridiques

Guy Simard
Directeur de l'actuariat
et de l'analyse des programmes

Rapport de validation de la vérification interne

Monsieur le Président-directeur général,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et de l'information figurant au rapport annuel de gestion de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 2010. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction de la Régie.

Notre responsabilité consiste à évaluer la plausibilité et la cohérence générale de l'information fournie, en nous basant sur le travail que nous avons mené au cours de notre examen. Ce dernier ne constitue pas une vérification.

Notre examen a été effectué conformément aux normes de l'Institut des vérificateurs internes. Les travaux ont consisté à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à utiliser des procédés analytiques, à apprécier le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser les calculs, à échanger avec les unités administratives sur l'information fournie et à leur demander des précisions au besoin.

Au terme de notre examen, nous concluons que l'information de ce rapport annuel de gestion nous paraît, à tous les égards importants, plausible et cohérente.

Louise Soucy, CA
Directrice de la vérification interne
Québec, juin 2010

Faits saillants

LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE AMÉLIORÉE

La Régie est déterminée à accroître l'efficacité du régime d'assurance maladie et à offrir aux citoyens une carte plus efficace et plus sécuritaire, ce qui s'est traduit par un objectif dans son Plan stratégique 2009-2013.

Le 11 janvier 2010, elle délivrait ses premières cartes d'assurance maladie munies d'un code à barres. Celles-ci seront introduites au fil des nouvelles inscriptions et des renouvellements d'inscriptions à l'assurance maladie. Au 31 mars 2010, plus de 547 000 personnes détenaient une telle carte, soit 7,2 % des personnes admissibles. D'ici quatre ans, toutes les cartes d'assurance maladie afficheront ce nouvel élément visuel.

Un service en ligne destiné aux professionnels de la santé et aux établissements du réseau de la santé et des services sociaux est disponible depuis le 9 février 2010. Il permet de vérifier la validité, en temps réel, de l'admissibilité d'une personne à l'assurance maladie. L'usage du code à barres facilite l'utilisation de ce service.

L'AMÉLIORATION DE LA PRESTATION DE SERVICES

Au bénéfice des personnes couvertes par le régime d'assurance maladie

Dans un contexte de croissance de la demande de services, de réduction des effectifs et de responsabilités accrues, la Régie a procédé à l'optimisation de ses modes de fonctionnement. Cela s'est traduit notamment par une amélioration tangible de l'accessibilité au téléphone et aux bureaux d'accueil ainsi que par le traitement des dossiers en révision.

L'amélioration des façons de faire et l'optimisation de l'utilisation des ressources ont, entre autres, permis de diminuer les délais d'attente et d'offrir une prestation de services de grande qualité. Ainsi, les délais moyens d'attente ont diminué de 54 % pour les appels téléphoniques, de 22 % pour le service express aux bureaux de la Régie et de 43 % pour les autres services à ses bureaux par rapport à 2008-2009.

Au bénéfice des professionnels de la santé

Dans son Plan stratégique 2009-2013, la Régie s'engage à appliquer plus rapidement les modifications apportées aux ententes de rémunération des professionnels de la santé. Afin d'y parvenir, elle a fait le choix d'entreprendre un changement d'envergure et de mettre en œuvre un projet ambitieux de refonte de ses processus et outils.

Cette démarche s'inspire des meilleures pratiques en matière d'organisation du travail ainsi que sur une philosophie de gestion misant sur la participation des employés dans la définition de processus plus performants et sur l'amélioration continue.

Les travaux menés ont d'abord visé les ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes. Toutes les parties concernées ont été réunies afin d'étudier les processus existants dans leur ensemble. Ainsi, plusieurs employés de la Régie, des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec ont participé à des séances de travail interdisciplinaires intensives. Celles-ci ont permis de dégager des pistes d'amélioration, de proposer des plans d'action et de les mettre en œuvre dans de très courts délais.

Non seulement cette démarche a favorisé le changement et suscité une très forte adhésion, mais elle a aussi permis de renforcer les relations partenariales et d'améliorer la complémentarité des rôles et des forces de chacune des parties prenantes. Le Ministère et les deux fédérations ont signifié leur satisfaction à la Régie pour cette réalisation. Si la tendance se maintient, la Régie devrait réduire ses délais d'implantation et améliorer sa productivité d'au moins 20 %, et ce, dès 2010-2011.

Au bénéfice des professionnels de la santé et des dispensateurs de services

Désireuse de simplifier ses communications et confortée dans ce choix par les résultats des sondages menés auprès des médecins omnipraticiens et spécialistes, la Régie a entrepris la modernisation de ses communiqués. Ceux-ci ont fait peau neuve et se sont métamorphosés en Infolettres. Destinée aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services assurés, cette publication les informe sur différents sujets, dont les changements apportés à leur rémunération.

Le défi consistait à améliorer l'aspect visuel des documents, l'organisation des contenus de même que le style rédactionnel afin de faciliter le repérage de l'information et de favoriser la compréhension. La Régie a notamment sollicité la collaboration de ses partenaires pour obtenir leur avis sur la maquette proposée.

L'Infolettre est diffusée depuis mai 2009. Un sondage, administré à l'hiver 2010 auprès de l'ensemble des médecins omnipraticiens et spécialistes, avait pour but de mesurer leur appréciation à son égard. Des 639 répondants, 80 % considéraient que les changements apportés répondaient à leurs besoins. Ils ont accordé une note de sept ou plus sur dix. Pour la Régie, ce résultat témoigne de l'appréciation de la nouvelle publication.

LA RÉACTION DE LA RÉGIE À DES ÉVÉNEMENTS EXCEPTIONNELS

Grippe A (H1N1)

Dans le cadre de la campagne de vaccination massive pour contrer la grippe A (H1N1) et en raison d'un nombre important d'appels téléphoniques de citoyens désirant obtenir des renseignements à ce propos, Services Québec a sollicité la collaboration de la Régie pour prendre une partie de ces appels. Cette collaboration s'est traduite par le prêt d'une trentaine de préposés aux renseignements qui ont pris ces appels à partir des bureaux de la Régie entre le 4 et le 17 novembre 2009.

Plusieurs autres employés de différents secteurs de la Régie ont également été mis à contribution afin de mettre en place les mesures appropriées pour offrir les soutiens administratif et technologique nécessaires. Notamment, la Régie a diffusé des Infolettres afin d'informer les médecins et les pharmaciens des modalités de rémunération particulières et spécifiques à ce contexte, incluant les instructions concernant la facturation dans le cadre du programme de gratuité des médicaments visés pour le traitement de cette grippe. De plus, elle a adapté ses systèmes en place afin de les rendre conformes aux nouvelles conditions définies et d'assurer ainsi le paiement des services rendus à la population.

Séisme survenu à Haïti

Afin de participer aux efforts gouvernementaux pour accueillir les personnes en provenance d'Haïti à la suite du séisme, la Régie a mis en place des mesures d'exception pour faciliter leur inscription aux régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments. Deux équipes ont notamment été déployées hors des bureaux de la Régie. Plusieurs employés de différents secteurs ont également offert les soutiens administratif et technique nécessaires. La Régie a aussi diffusé des Infolettres destinées aux professionnels de la santé afin de leur fournir des instructions spécifiques concernant la facturation et le remboursement des médicaments.

DE MEILLEURS MÉCANISMES POUR CONTRÔLER L'ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE MALADIE

Enquête sur les personnes simulant leur présence au Québec

Une enquête a été menée par la Régie sur des personnes soupçonnées d'avoir simulé leur présence au Québec avec l'aide d'un consultant en immigration. Cette enquête, réalisée dans le cadre des mécanismes de contrôle courants de la Régie, a porté sur 1 685 personnes immigrantes.

L'enquête amorcée en 2008 et dont les résultats ont été rendus publics en décembre 2009 a permis de démontrer que 1 451 d'entre elles, soit 86 %, détenaient une carte d'assurance maladie sans s'être jamais établies au Québec. Ces dernières ont vu leur inscription annulée. De ces 1 451 personnes, 747 ont eu recours à des services de santé dont les coûts s'élèvent à 508 000 $. Des démarches ont été entamées pour récupérer les sommes versées.

Le stratagème mis en place par le consultant en immigration permettait entre autres à ces personnes de cumuler de fausses preuves de résidence et de présence au Québec, dans le but ultime d'obtenir la citoyenneté canadienne.

L'admissibilité des personnes au régime d'assurance maladie fait l'objet de considérations constantes. À cette fin, des mesures ont été mises en œuvre pour mieux contrer les différents types de fraudes, dont celle orchestrée par ce consultant en immigration.

L'accentuation des contrôles en admissibilité

Certaines mesures de contrôle ont été mises en place dans la foulée de cette enquête. La Régie a créé un nouveau programme de surveillance en septembre 2009 permettant, par des activités d'inspection, tant sur le terrain qu'à partir de ses bureaux, une meilleure détection et gestion des cas de fraude ou de non-conformité des inscriptions en assurance maladie ainsi qu'une visibilité destinée à créer un effet dissuasif.

PROGRAMME DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

L'amélioration des connaissances relatives aux maladies chroniques revêt un caractère stratégique. En effet, ces maladies touchent plus de la moitié des Québécois âgés de 12 ans ou plus. Par ailleurs, les coûts qui leur sont associés sont considérables. Environ 5 % de la population consomme près de 50 % des soins de courte durée : la plupart de ces personnes sont atteintes de multiples maladies chroniques. De plus, le nombre de Québécois atteints augmente constamment.

Ainsi, en conformité avec le volet de sa mission relatif à la circulation sécuritaire de l'information dans le domaine de la santé et à la suite d'une autorisation de la Commission d'accès à l'information, la Régie a signé, le 17 février 2010, une entente avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux visant la transmission de données aux fins du programme de surveillance des maladies chroniques. Les renseignements transmis respectent la protection des renseignements personnels. Ils touchent notamment les personnes atteintes de diabète, d'asthme, de troubles mentaux, de maladies cardiovasculaires ou de maladies pulmonaires obstructives chroniques telles que l'emphysème.

La surveillance de ces maladies permettra d'en mesurer l'ampleur, de définir des indicateurs portants sur la mortalité et la consommation des services et médicaments chez les personnes atteintes, de faire des liens entre chaque maladie et ses comorbidités ainsi que ses facteurs de risque et d'identifier les groupes les plus à risque. Les informations obtenues permettront ainsi aux planificateurs du réseau de la santé d'orienter leurs actions préventives et leurs programmes d'intervention et d'en évaluer les effets.

SECTION 1

La Régie

Cette section présente la mission de la Régie et les valeurs qui y sont privilégiées. Elle fait également connaître son conseil d'administration et sa direction ainsi que leurs mandats et préoccupations de gestion respectifs. L'organigramme représentant la structure administrative clôt la section.

Mission **15**

Valeurs organisationnelles **16**

Conseil d'administration **17**

- La composition du conseil d'administration 17
- Le rôle et les réalisations du conseil d'administration 24
- Les comités du conseil d'administration 25
- L'assiduité des membres aux séances du conseil d'administration et des comités 26

Direction **27**

- La rémunération des principaux dirigeants 28

Organigramme **30**

Mission

Rouage important du système de santé québécois, la Régie de l'assurance maladie du Québec a été créée en 1969 pour mettre en place un régime public d'assurance maladie. À la base de la création de ce régime, les grands principes que sont l'universalité, la gratuité et l'équité ont guidé l'évolution de la couverture des soins et services de santé au fil des décennies. Relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, la Régie est directement associée aux grands enjeux en matière de santé, ce qui l'amène à jouer un rôle essentiel auprès de la population[1].

D'ailleurs, sa mission témoigne de cette importance au sein du système de santé et de services sociaux :

> *La Régie administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments : elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.*

La Régie a aussi le mandat d'administrer tout autre programme qui lui est confié. De ce fait, ses responsabilités ne cessent de croître suivant l'évolution du système de santé et de services sociaux. Elle administre aujourd'hui plus d'une quarantaine de programmes[2] touchant, par exemple, les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive, l'exonération financière pour les services d'aide domestique, et la contribution financière des adultes hébergés dans un établissement de santé.

Par ailleurs, la Régie conseille ou rémunère plus de 35 000 dispensateurs de services[3], prescripteurs[4] et professionnels de la santé, conformément, dans le cas de ces derniers, aux ententes conclues entre les fédérations médicales ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, la Régie rend accessible son actif informationnel au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux chercheurs et aux différents acteurs du réseau. Concrètement, cet actif regroupe un ensemble de renseignements sur la prestation et l'évolution des soins et des services de santé, ainsi que sur les coûts afférents. Les données accessibles sont évidemment divulguées dans le plus grand respect de la protection des renseignements personnels[5].

1. La liste des lois et règlements principaux qu'applique la Régie figure à l'annexe 1.
2. La liste des programmes administrés par la Régie figure à l'annexe 2.
3. Il s'agit des audioprothésistes, des centres de réadaptation en déficience physique ou visuelle, des ocularistes autorisés, des distributeurs d'aides de suppléance à l'audition, des denturologistes, des laboratoires d'orthèses-prothèses et des audiologistes.
4. En plus des professionnels de la santé, les sages-femmes et les podiatres sont aussi prescripteurs de certains médicaments.
5. Voir la section « Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information » présentée à la page 60 du présent document.

Valeurs organisationnelles

Le 21 novembre 2002, le gouvernement du Québec déposait à l'Assemblée nationale la Déclaration de valeurs de l'Administration publique québécoise. Dans la foulée de cette démarche, la Régie a alors procédé à une importante réflexion à laquelle ont été associés des groupes d'employés de tous niveaux.

Fruit d'un large consensus, le choix des valeurs de l'organisation s'est porté sur le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance.

Le respect consiste en un second regard porté par un membre du personnel, lorsque nécessaire, afin de ne pas heurter inutilement les personnes concernées par un problème donné.

La responsabilité réside dans le souci et la capacité d'accomplir chaque tâche avec rigueur et d'appliquer les règles avec discernement.

L'équité s'entend comme la juste appréciation de ce qui est dû à chacun; elle ne doit pas être confondue avec l'égalité. La pratique de l'équité se traduit par le souci de rendre des décisions justes, qui s'inscrivent dans l'esprit des règles.

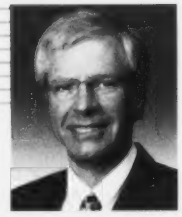
La vigilance commande de toujours avoir à l'esprit l'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois. La vigilance guide les gestes du personnel et la justesse des décisions rendues est une priorité.

Les valeurs adoptées définissent et guident le comportement du personnel dans l'accomplissement de la mission de la Régie, concourant ainsi au maintien de son excellence et de son intégrité.

Conseil d'administration

En vertu de sa loi constitutive, la Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres nommés par le gouvernement. Chacun accomplit sa fonction d'administrateur à titre bénévole. Au 31 mars 2010, deux postes sont vacants, l'un pour un représentant des usagers des services de santé et l'autre, pour un représentant du milieu du travail.

LA COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Me Michel Lamontagne

Président du conseil d'administration

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans

Administrateur de sociétés

Diplômé en droit de l'Université Laval et par la suite admis au Barreau du Québec, Me Michel Lamontagne s'est spécialisé en politique fiscale au ministère des Finances du Canada après avoir pratiqué le droit dans un cabinet d'avocats. Il a ensuite occupé plusieurs postes de responsabilité au sein de cabinets de ministres fédéraux et a fait carrière à la direction d'entreprises dans les secteurs des finances et de la santé. Depuis 2000, Me Lamontagne est actif dans le domaine du financement privé et de la formation de groupes d'investisseurs providentiels. Diplômé du Collège des administrateurs de sociétés, Me Lamontagne est administrateur professionnel de sociétés, d'organisations et d'associations. Il siège notamment au conseil d'administration des organisations suivantes : Institut universitaire en santé mentale Douglas, Conservation de la nature (section Québec), Fondation Famijeunes St-Henri, Fondation du Pensionnat du Saint-Nom-de-Marie. Il a aussi été membre du conseil consultatif de régie administrative de l'Autorité des marchés financiers. Me Lamontagne est membre du conseil d'administration de la Régie depuis le 2 mars 2005.

M. Marc Giroux

Nommé le 21 mai 2008
Mandaté pour cinq ans

Président-directeur général
Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Marc Giroux a obtenu un doctorat en médecine de l'Université Laval en 1969. De 1970 à 1982, il a été président-directeur général et omnipraticien à la Clinique de médecine familiale d'Alma inc., puis, de 1982 à 1985, directeur des services professionnels et hospitaliers de l'Hôtel-Dieu d'Alma. Entre 1980 et 1985, il a également été président-directeur général de Câblovision Alma inc. Par ailleurs, entre 1975 et 1985, M. Giroux a été membre du conseil d'administration de la fondation de l'Hôtel-Dieu d'Alma, du CLSC le Norois, de la Corporation de l'Hôtel-Dieu d'Alma et de l'Hôtel-Dieu d'Alma. De 1985 à 2002, il a travaillé à la Société de l'assurance automobile du Québec, à titre de directeur des services médicaux et de la réadaptation et de directeur des politiques et programmes pour les accidentés. M. Giroux a par la suite été directeur des affaires médicales, dentaires et optométriques à la Régie de l'assurance maladie du Québec. De 2003 à 2007, il a occupé le poste de directeur général de la rémunération des professionnels. Enfin, de septembre 2007 à mai 2008, il a été président-directeur général par intérim de la Régie. M. Giroux est diplômé du Collège des administrateurs de sociétés. Il fait actuellement partie du conseil d'administration de Services Québec et est membre de son comité de vérification.

Dr Gaétan Barrette

Membre du comité des technologies de l'information

Nommé le 14 août 2007
parmi les professionnels de la santé[6]
Mandaté pour trois ans

Président
Fédération des médecins spécialistes du Québec

Détenteur d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal, le Dr Gaétan Barrette a aussi obtenu un diplôme en radiologie diagnostique. En 1989, il a été reçu membre associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. En plus d'exercer la radiologie vasculaire interventionnelle à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, dont il est membre actif depuis 1990, le Dr Barrette est président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec depuis le 16 novembre 2006. Il siège au conseil d'administration de cet organisme, en plus d'être membre de ceux du Groupe Fonds des professionnels et de Sogemec Assurances, qui sont deux filiales de la Fédération.

M. Normand Bonin

Renommé le 28 janvier 2009
parmi les professionnels de la santé[7]
Mandaté pour trois ans

Président
Association québécoise
des pharmaciens propriétaires

M. Normand Bonin est diplômé en pharmacie de l'Université de Montréal. Propriétaire de trois pharmacies, M. Bonin est également président de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et membre de son conseil d'administration. Parallèlement à ces fonctions, il siège au conseil d'administration d'Uniprix et en assume la présidence depuis 1999. M. Bonin siège enfin au conseil d'administration du Groupe Fonds des professionnels.

6. Le Dr Gaétan Barrette a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.
7. M. Normand Bonin a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

M^me^ Suzanne Delisle

Présidente du comité de vérification

Nommée le 18 février 2009
après consultation d'organismes représentatifs
du milieu des affaires
Mandatée pour trois ans

Directrice de la gestion des opérations financières
Mouvement des caisses Desjardins

M^me^ Suzanne Delisle est comptable agréée et administratrice certifiée du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval. Elle est actuellement membre du comité de vérification de la Commission canadienne de l'immigration et du statut de réfugié. Depuis septembre 2008, elle est membre du conseil d'administration de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Québec. M^me^ Delisle a siégé au conseil d'administration de l'Aéroport de Québec et à celui de l'Orchestre symphonique de Québec ainsi qu'à leur comité de vérification. Elle a occupé diverses fonctions en gestion et administration dans plusieurs entreprises, dont Englobe Corporation, Sovar et BioChem Vaccins. Présentement, M^me^ Delisle est directrice de la gestion des opérations financières pour le Mouvement des caisses Desjardins.

M^e^ Martyne-Isabel Forest

Membre du comité de gouvernance,
d'éthique et de ressources humaines

Nommée le 25 juin 2008
après consultation d'organismes représentatifs
des usagers des services de santé
Mandatée pour quatre ans

Conseillère en éthique clinique
et humanisation des soins

Avocate et médiatrice en matières civile
et commerciale

Titulaire d'une maîtrise et d'une scolarité de doctorat en droit public de l'Université de Montréal et médiatrice accréditée auprès du Barreau du Québec, M^e^ Martyne-Isabel Forest a cofondé le premier programme européen de formation continue en éthique appliquée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Elle en assume depuis la responsabilité scientifique et pédagogique. M^e^ Forest possède une expertise dans la gestion des conflits juridiques et éthiques aux étapes du vieillissement et de la fin de la vie qui a été reconnue, notamment, par sa nomination en tant qu'experte à l'Observatoire mondial d'éthique de l'Unesco. Depuis 2005, elle est mandatée par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour apprécier la qualité des soins et des services rendus aux personnes âgées vulnérables dans le contexte des visites ministérielles d'appréciation de la qualité. Elle a aussi agi en tant que vérificatrice de la conformité pour le Conseil québécois d'agrément, responsable de la certification des résidences privées pour personnes âgées. Enfin, M^e^ Forest préside le conseil d'administration de l'Association des familles soutien des aînés de St-Hubert et assume la vice-présidence de la Section du droit des aînés de l'Association du Barreau canadien.

M. René Gagnon

Membre du comité de vérification

Nommé le 25 juin 2008
parmi les membres du conseil d'administration
d'un établissement ou d'une agence
visé par la Loi sur les services de santé
et les services sociaux
Mandaté pour trois ans

Membre du conseil d'administration
Agence de la santé et des services sociaux
du Saguenay–Lac-Saint-Jean

M. René Gagnon est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en administration de l'Université de Sherbrooke. Il est, depuis 1998, directeur administratif à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de cette dernière en plus d'être administrateur de la Société des médecins et directeur administratif du Centre de recherche médicale de l'Université de Sherbrooke. Depuis 2006, il est membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de son comité d'allocation des ressources et de son comité de vérification. Il est également membre du comité d'éthique de ce conseil d'administration depuis 2007. M. Gagnon siège enfin au conseil d'administration de la Fondation du Musée des beaux-arts de Sherbrooke.

M^me^ Patricia Gauthier

Présidente du comité
des technologies de l'information

Nommée le 28 janvier 2009
parmi les membres du conseil d'administration
d'un établissement ou d'une agence visé
par la Loi sur les services de santé
et les services sociaux
Mandatée pour quatre ans

Directrice générale
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

M^me^ Patricia Gauthier est titulaire d'un diplôme en sciences comptables de l'École des hautes études commerciales de Montréal et d'un baccalauréat en sciences de l'Université de Montréal. Elle est aussi membre de l'Ordre des comptables généraux licenciés du Québec. M^me^ Gauthier a occupé diverses fonctions de gestion concernant les aspects financiers et technologiques ou encore les immobilisations dans plusieurs établissements de santé : Hôpital Notre-Dame, Hôpital Pierre-Boucher, Cité de la santé de Laval, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Depuis 2004, elle est directrice générale et membre du conseil d'administration de ce dernier. Elle a également enseigné pendant plus de 15 ans à la Faculté d'administration de la santé de l'Université de Montréal. Outre ses fonctions, M^me^ Gauthier siège à de nombreux conseils d'administration, dont celui de la Fondation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, de l'Université de Sherbrooke, de la Campagne Ensemble avec l'Université de Sherbrooke, du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke et d'Opération Enfant Soleil.

Dr Louis Godin

Nommé le 19 mars 2008
parmi les professionnels de la santé[8]
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, le Dr Louis Godin est membre du Collège des médecins du Québec depuis 1978. Entre 1977 et 2007, il a pratiqué la médecine en cabinet privé et a été membre actif de trois départements de l'Hôtel-Dieu de Lévis. De 1990 à 2007, il a également agi à titre de médecin expert en médecine du travail pour différents organismes. Depuis le 1er janvier 2008, il est président-directeur général de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et siège à son conseil d'administration. Le Dr Godin siège aussi au conseil d'administration de la Société de services financiers Fonds FMOQ inc.

M. Denis Lalumière

Nommé le 24 septembre 2008
parmi les fonctionnaires du gouvernement
ou de ses organismes
Mandaté pour trois ans

Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Denis Lalumière est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en psychologie ainsi que d'une maîtrise en administration des affaires de l'Université de Sherbrooke. Il a occupé les fonctions de directeur général dans deux CLSC : Gaston-Lessard et Sherbrooke. Il a été directeur général du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, de 2004 à 2008. Depuis juin 2008, il est sous-ministre adjoint à la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité au ministère de la Santé et des Services sociaux. M. Lalumière siège au conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé et est membre observateur au conseil d'administration du Fonds de recherche en santé du Québec.

8. Le Dr Louis Godin a été nommé après consultation de chaque organisme représentatif d'une catégorie de professionnels de la santé ayant conclu une entente en application de la Loi sur l'assurance maladie.

Dr Yves Lamontagne

Renommé le 28 janvier 2009
après consultation des ordres professionnels
du domaine de la santé
Mandaté pour quatre ans

Président-directeur général
Collège des médecins du Québec

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université de Montréal, le Dr Yves Lamontagne détient un certificat de spécialiste en psychiatrie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que de l'American Psychiatric Association. Il est également membre de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec. Le Dr Lamontagne a été professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et directeur du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Depuis 1998, il est président-directeur général du Collège des médecins du Québec et président de son conseil d'administration. Le Dr Lamontagne siège aussi au conseil d'administration de la Fondation des maladies mentales et à celui de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec.

M. Jacques L'Espérance

Président du comité de gouvernance,
d'éthique et de ressources humaines

Renommé le 25 juin 2008
après consultation d'organismes
représentatifs du milieu des affaires
Mandaté pour quatre ans

Président
J. L'Espérance, Actuariat Conseil inc.

Titulaire d'un baccalauréat en sciences de l'actuariat de l'Université Laval et membre de l'Institut canadien des actuaires et de la Society of Actuaries, M. Jacques L'Espérance a été analyste en régime de retraite chez Mercer pour ensuite devenir directeur de l'actuariat chez SSQ Groupe financier. Entre 1985 et 2003, il a agi comme conseiller principal à la firme Mercer puis chez les Conseillers Buck. Il est président de J. L'Espérance, Actuariat Conseil inc. depuis 2003. Il est également diplômé du Collège des administrateurs de sociétés.

M^me^ Danielle Lessard

Membre du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Renommée le 25 juin 2008 après consultation des ordres professionnels du domaine de la santé
Mandatée pour trois ans

Optométriste
Institut Nazareth et Louis-Braille

Détentrice d'une licence et d'un doctorat en optométrie de l'Université de Montréal, M^me^ Danielle Lessard a également obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Après avoir travaillé dans différents centres comme optométriste, M^me^ Lessard a exercé diverses fonctions de gestion et de conseillère à l'Institut Nazareth et Louis-Braille et y travaille actuellement comme optométriste-clinicienne. M^me^ Lessard siège aussi au conseil d'administration de l'Ordre des optométristes du Québec.

Le secrétaire général de la Régie est nommé d'office secrétaire du conseil d'administration sans toutefois en être membre.

M. Normand Julien

Secrétaire du conseil d'administration et conseiller en éthique

Directeur général des affaires institutionnelles et secrétaire général
Régie de l'assurance maladie du Québec

M. Normand Julien a obtenu un baccalauréat en sciences économiques en 1976 et un diplôme de deuxième cycle en sciences de l'administration en 1984, tous les deux de l'Université Laval. Entre 1976 et 1996, il a occupé diverses fonctions de niveau professionnel, d'abord au gouvernement fédéral, puis au gouvernement du Québec. Depuis 1997, M. Julien est gestionnaire à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il y cumule, depuis 2005, les fonctions de directeur général des affaires institutionnelles, de secrétaire général de la Régie et de conseiller en éthique. Enfin, M. Julien est diplômé du Collège des administrateurs de sociétés.

LES MEMBRES SORTANTS EN 2009-2010

Membre	Date de nomination	Date de fin de mandat
M^me^ Régine Laurent Présidente Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec	28 janvier 2009	5 octobre 2009
M^me^ Luciana Soave Directrice générale Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées du Québec	25 juin 2008	2 février 2010

LE RÔLE ET LES RÉALISATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les principales responsabilités du conseil d'administration consistent à établir les orientations stratégiques de la Régie et à s'assurer de leur mise en application. Le conseil approuve les états financiers de la Régie et du Fonds de l'assurance médicaments, le rapport annuel de gestion ainsi que les politiques d'encadrement de la gestion des risques. Il approuve également les règles de gouvernance de la Régie.

Me Michel Lamontagne assume les responsabilités de président du conseil d'administration. À ce titre, il répond des décisions de la Régie auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux, préside les réunions du conseil, voit à son bon fonctionnement ainsi qu'à celui de ses comités statutaires et évalue la performance des membres.

Le conseil d'administration doit tenir au moins six séances par année. Au cours de l'année 2009-2010, il s'est réuni à dix reprises, dont une fois pour une réunion extraordinaire.

Le conseil d'administration a adopté le Plan stratégique 2009-2013. Ainsi, au cours des prochaines années, trois projets majeurs permettront d'améliorer les services à la clientèle : la modernisation de la carte d'assurance maladie, l'amélioration du processus de rémunération des professionnels de la santé et le déploiement du Dossier de santé du Québec. Le plan d'action qui en découle permet au conseil de s'assurer de la mise en œuvre du plan stratégique. Par ailleurs, le conseil a approuvé la mise à jour de la Déclaration de services aux citoyens qui entrera en vigueur le 1er avril 2010. Cette déclaration spécifie les engagements de la Régie en matière de services aux citoyens et aux professionnels de la santé.

Aussi, le conseil d'administration a adopté la prime et les paramètres de contribution au régime public d'assurance médicaments en vigueur à compter du 1er juillet 2009 et la Politique générale de gestion intégrée des risques. À la suite de l'adoption par le conseil d'administration du projet d'entente sur les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance de la Régie, incluant l'étalonnage avec des entreprises similaires, le président du conseil a signé, le 20 août 2009, l'entente avec le Vérificateur général du Québec. Les mesures d'évaluation ont été ensuite adoptées par le conseil et leur réalisation devrait se faire au cours de l'année 2010-2011. Le conseil d'administration s'est aussi vu présenter le Plan d'action de développement durable 2009-2013.

En matière de gouvernance, le conseil d'administration a avalisé la démarche d'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil et effectué cette évaluation. Un plan d'action y donnant suite sera mis en œuvre en 2010-2011.

Le conseil a également adopté le Règlement intérieur concernant les délégations de pouvoirs et de fonctions du conseil d'administration au président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec. L'adoption de ce règlement s'inscrit dans le cadre plus large de la mise en œuvre de l'article 15 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État[9], qui confère au conseil la responsabilité de déterminer les délégations d'autorité.

Par ce règlement, le conseil délègue au président-directeur général les pouvoirs et les fonctions découlant de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance médicaments, sous réserve des pouvoirs qui relèvent du conseil d'administration. Le règlement autorise aussi le président-directeur général à subdéléguer ces mêmes pouvoirs et fonctions au personnel de la Régie. Le règlement ainsi que le document contenant ces subdélégations seront publiés sur le site Internet de la Régie en 2010-2011.

La démarche sera complétée par l'adoption d'un règlement par le conseil d'administration en matière de délégations de signature, comme le prévoit la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec. Un tel règlement doit, pour entrer en vigueur, être approuvé par le gouvernement.

Par ailleurs, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration[10] a été mis à jour et le conseil a approuvé la Politique de divulgation de l'information de la Régie.

Tout comme en 2008-2009, le conseiller en éthique a répondu, en 2009-2010, à une demande d'avis d'un membre du conseil d'administration concernant une situation particulière. Le président du conseil d'administration a

9. L.R.Q., c. G-1.02.

10. Le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration est présenté à l'annexe 3.

aussi été saisi de cet avis. Dans ce cas, la situation a été portée à l'attention du ministère du Conseil exécutif, instance responsable de l'application du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

Dans le but de parfaire leurs connaissances en matière de gouvernance, quatre membres du conseil d'administration ont participé, en 2009-2010, à des sessions de formation du Collège des administrateurs de sociétés de l'Université Laval. À ce jour, quatre autres membres sont diplômés du collège et portent le titre d'administrateurs de sociétés certifiés.

LES COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

En vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État, le conseil d'administration doit constituer un comité de vérification ainsi qu'un comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines. Il peut également constituer d'autres comités pour l'étude de questions particulières ou pour faciliter le bon fonctionnement de la Régie. Ainsi, un comité des technologies de l'information a été créé le 11 mars 2009.

Contrairement aux deux premiers comités dont les rôles et les responsabilités sont établis dans la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et le règlement intérieur de la Régie, les rôles et les responsabilités du comité sur les technologies de l'information ont été précisés dans sa charte.

Outre les mandats spécifiquement prévus dans cette loi et ce règlement, les comités exercent un rôle conseil et de vigie auprès du conseil d'administration sur les sujets qui les interpellent respectivement.

En 2009-2010, tous les comités ont exercé les fonctions qui leur sont attribuées en vertu de la loi, du règlement intérieur de la Régie et de leur charte respective.

Le comité de vérification

Le mandat du comité de vérification consiste à assurer le suivi et l'évaluation des processus de reddition de comptes et des mécanismes de contrôle de la direction pour le conseil d'administration.

Le comité voit à l'intégrité de l'information financière, à la fonction de vérification interne, aux états financiers, aux mécanismes de contrôle interne, à la gestion des risques et à la gestion optimale des ressources.

Ce comité, qui compte deux membres au 31 mars 2010 et dont la présidence est assumée par M[me] Suzanne Delisle, s'est réuni à six reprises au cours de l'année 2009-2010. Les principaux dossiers examinés au cours de cette année sont :

- le processus de gestion des risques à la Régie;
- les états financiers de la Régie et du Fonds d'assurance médicaments avec le Vérificateur général du Québec (VGQ);
- le suivi du rapport du VGQ concernant ses recommandations en matière d'optimisation des ressources attribuées au régime général d'assurance médicaments;
- le Rapport annuel de gestion 2008-2009;
- les mesures de l'efficacité et de la performance de la Régie incluant la détermination des critères d'étalonnage applicables à la Régie.

Le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines

Le mandat du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines consiste à proposer au conseil de nouvelles pratiques de gouvernance et à évaluer celles en vigueur, notamment quant au fonctionnement du conseil d'administration.

S'intéressant aux règles et aux pratiques de gouvernance, aux questions relatives à la déontologie et à l'éthique, aux modalités de fonctionnement du conseil, ainsi qu'à l'évaluation du rendement et de la performance du conseil d'administration et des comités, ce comité procède également à l'examen de grands dossiers en matière de gestion des ressources humaines.

Ce comité, qui compte trois membres au 31 mars 2010 et dont la présidence est assumée par M. Jacques L'Espérance, s'est réuni à dix reprises au cours de l'année 2009-2010. Les principaux dossiers traités au cours de cette année sont :

- la révision du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- l'élaboration de la Politique de divulgation de l'information;
- l'examen de la démarche visant à obtenir la certification Entreprise en santé.

Sommaire de l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration

Le comité a élaboré un questionnaire permettant aux membres de s'exprimer sur un éventail de sujets touchant

l'exercice de leurs fonctions. La démarche d'évaluation a été réalisée au cours du mois de février 2010. Le rapport d'évaluation, rédigé par une firme externe et présenté au conseil en mars 2010, a permis de constater la satisfaction globale de ses membres quant au fonctionnement du conseil et à sa capacité à exercer son mandat. À la lumière du rapport, le conseil d'administration a approuvé en avril 2010 trois cibles d'amélioration concernant, entre autres, les rôles et les responsabilités du conseil, la formation continue et l'accueil des nouveaux membres. Un plan d'action visant l'atteinte de ces cibles sera mis en œuvre en 2010-2011.

Le comité des technologies de l'information

Le mandat du comité des technologies de l'information consiste à examiner et à assurer un suivi régulier des dossiers majeurs dans le domaine des technologies de l'information en vue d'en faire rapport au conseil d'administration.

Le comité examine les projets d'investissements et les demandes relatives à l'acquisition de biens et de services en technologies de l'information qui nécessitent l'approbation du conseil. Il s'intéresse aux risques liés à l'utilisation des technologies et à la continuité des opérations et s'assure de la mise sur pied des contrôles appropriés en ces matières.

Ce comité, qui compte deux membres au 31 mars 2010 et dont la présidence est assumée par M[me] Patricia Gauthier, s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année 2009-2010. Les principaux dossiers traités au cours de cette année sont :

- l'examen du Plan d'investissements en technologie de l'information;
- le suivi des travaux relatifs au Dossier de santé du Québec;
- l'examen des projets d'acquisition de biens et services technologiques de plus de 500 000 $.

L'ASSIDUITÉ DES MEMBRES AUX SÉANCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DES COMITÉS

Membres au 31 mars 2010	Conseil d'administration	Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines	Comité de vérification	Comité des technologies de l'information
M[e] Michel Lamontagne	10/10			
M. Marc Giroux	10/10			
D[r] Gaétan Barrette	8/10			4/4
M. Normand Bonin	0/10			
M[me] Suzanne Delisle	9/10		6/6	
M[e] Martyne-Isabel Forest	8/10	8/10		
M. René Gagnon	10/10		6/6	
M[me] Patricia Gauthier	9/10			4/4
D[r] Louis Godin	8/10			
M. Denis Lalumière	8/10			
D[r] Yves Lamontagne	6/10			
M. Jacques L'Espérance	8/10	10/10		
M[me] Danielle Lessard	7/10	10/10		
Membres sortants en 2009-2010				
M[me] Régine Laurent	1/4			0/2
M[me] Luciana Soave	6/7		5/5	

Direction

Le comité de régie interne est composé de huit membres représentant les quatre vice-présidences, de même que la Direction générale des affaires institutionnelles, la Direction des services juridiques et la Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes. Sa présidence est assumée par le président-directeur général de la Régie, M. Marc Giroux. Le directeur général des affaires institutionnelles agit comme secrétaire du comité.

Les membres du comité de régie interne conseillent le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions et assurent l'unité d'action de la direction générale de la Régie par leur participation aux décisions relatives à l'administration de cette dernière.

Dix-huit réunions ont été tenues pendant l'année 2009-2010. Les membres du comité de régie interne ont traité des affaires courantes et des dossiers structurants pour la Régie. En plus des sujets présentés au conseil d'administration, ces dossiers portaient, entre autres, sur :

- la modernisation du processus de rémunération des professionnels de la santé;
- la modernisation de la carte d'assurance maladie;
- le Dossier de santé du Québec;
- la rénovation du siège social.

DE GAUCHE À DROITE

Normand Julien
Directeur général des affaires institutionnelles et secrétaire général

Christiane Beauchemin
Vice-présidente à la rémunération des professionnels

Richard Audet
Vice-président aux technologies de l'information

Guy Simard
Directeur de l'actuariat et de l'analyse des programmes

André Rochon
Directeur des services juridiques

Francine Jacques
Vice-présidente à l'administration et à la gestion de l'information

Gaétan Thériault
Vice-président aux services aux personnes assurées

Marc Giroux
Président-directeur général

LA RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS

Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État[11], le tableau suivant présente la rémunération, y compris la rémunération variable et les autres avantages, versée par la Régie à son président-directeur général et à ses vice-présidents pour l'exercice financier se terminant au 31 mars 2010.

Les salaires annuels des principaux dirigeants sont fixés par des décrets du Conseil des ministres. Les bonis sont versés aux principaux dirigeants à la suite d'une évaluation. Les évaluations des vice-présidents sont réalisées par le président-directeur général et ce dernier est évalué par le président du conseil d'administration. Par ailleurs, conformément au décret gouvernemental[12], aucun boni n'est versé aux dirigeants d'organismes pour l'exercice financier 2009-2010.

RÉMUNÉRATION DES PRINCIPAUX DIRIGEANTS POUR 2009-2010

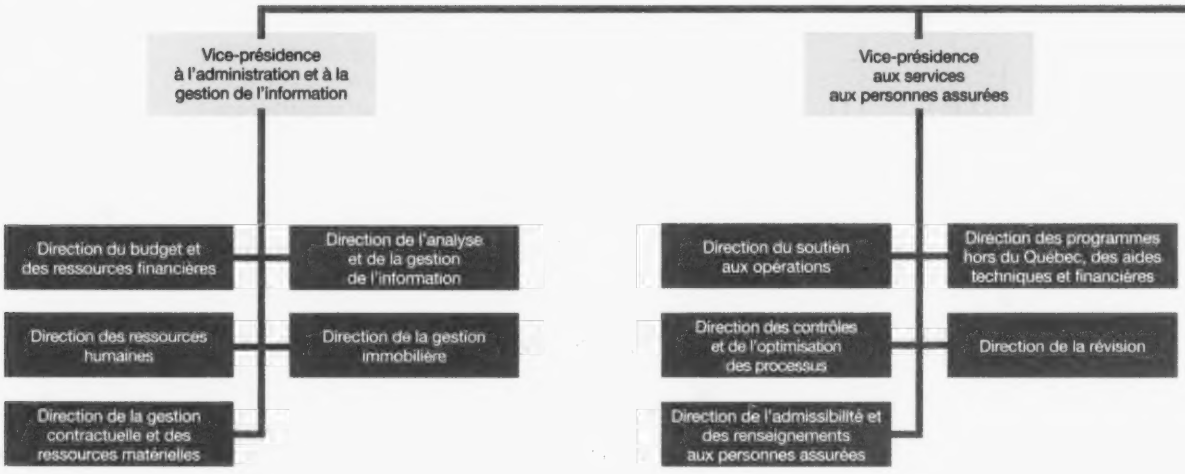
Dirigeant Fonction	Salaire 2009-2010	Rémunération variable 2009-2010	Autres avantages 2009-2010	Rémunération totale 2009-2010
M. Marc Giroux Président-directeur général	173 017 $	0 $	S. O.	173 017 $
M. Richard Audet Vice-président aux technologies de l'information	144 617 $	0 $	S. O.	144 617 $
M^me^ Christiane Beauchemin Vice-présidente à la rémunération des professionnels	144 617 $	0 $	S. O.	144 617 $
M^me^ Francine Jacques Vice-présidente à l'administration et à la gestion de l'information	144 617 $	0 $	S. O.	144 617 $
M. Gaétan Thériault Vice-président aux services aux personnes assurées	135 813 $	0 $	S. O.	135 813 $

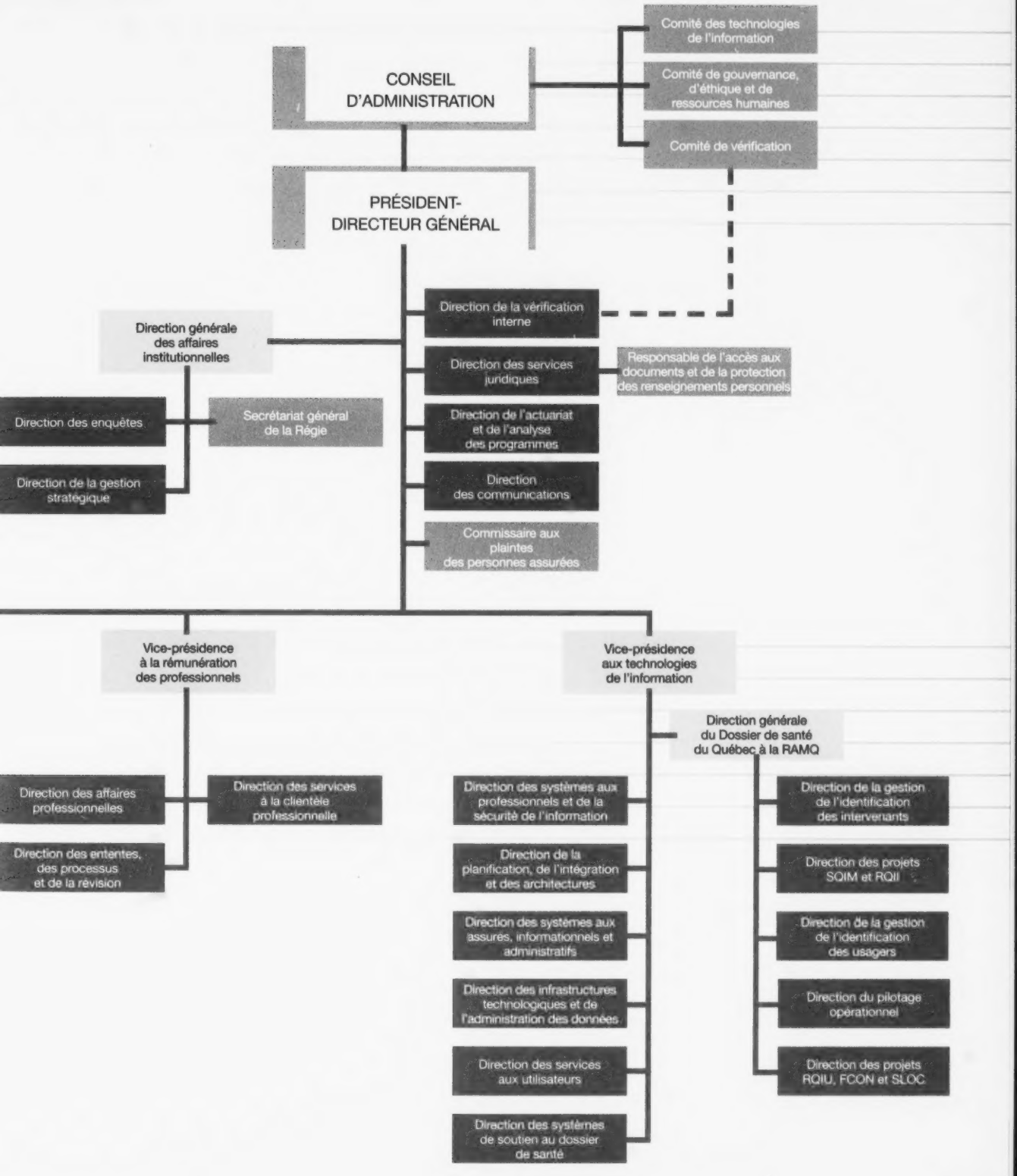
11. L.R.Q., chapitre G-1.02.
12. Décret 370-2010.

Organigramme
(au 31 mars 2010)

La Régie relève directement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Son organisation administrative reflète les trois grands volets de sa mission : le service aux citoyens, la rémunération des professionnels de la santé ainsi que la gestion de l'information. Elle compte aussi des unités à mandats horizontaux, soit les affaires institutionnelles, les technologies de l'information, les communications, les services juridiques ainsi que l'actuariat et l'analyse des programmes.

La Direction de la vérification interne donne à la Régie une assurance sur le degré de maîtrise de ses activités. Enfin, le Commissaire aux plaintes des personnes assurées, qui relève directement du président-directeur général, est à la disposition de la population afin de représenter les intérêts de celle-ci auprès de l'administration de la Régie. Son mandat lui vient du conseil d'administration.




CONSEIL D'ADMINISTRATION
Comité des technologies de l'information
Comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines
Comité de vérification
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL
Direction de la vérification interne
Direction générale des affaires institutionnelles
Direction des services juridiques
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels
Direction des enquêtes
Secrétariat général de la Régie
Direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes
Direction de la gestion stratégique
Direction des communications
Commissaire aux plaintes des personnes assurées
Vice-présidence à la rémunération des professionnels
Vice-présidence aux technologies de l'information
Direction générale du Dossier de santé du Québec à la RAMQ
Direction des affaires professionnelles
Direction des services à la clientèle professionnelle
Direction des ententes, des processus et de la révision
Direction des systèmes aux professionnels et de la sécurité de l'information
Direction de la planification, de l'intégration et des architectures
Direction des systèmes aux assurés, informationnels et administratifs
Direction des infrastructures technologiques et de l'administration des données
Direction des services aux utilisateurs
Direction des systèmes de soutien au dossier de santé
Direction de la gestion de l'identification des intervenants
Direction des projets SQIM et RQII
Direction de la gestion de l'identification des usagers
Direction du pilotage opérationnel
Direction des projets RQIU, FCON et SLOC

Les résultats 2009-2010

SECTION 2

Cette section présente d'abord les résultats liés aux engagements que la Régie a pris dans sa Déclaration de services aux citoyens. Elle présente ensuite les résultats relatifs aux objectifs de son Plan stratégique 2009-2013.

Déclaration de services aux citoyens..... 35
- Nos engagements 35
- Les résultats relatifs à la Déclaration de services aux citoyens..... 36

Plan stratégique 40
- Tableau synthèse du Plan stratégique 2009-2013..... 40
- Les résultats à l'égard du Plan stratégique 2009-2013..... 42

Déclaration de services aux citoyens

Depuis ses débuts, la Régie place la qualité des services aux citoyens au cœur de ses priorités. Elle met tout en œuvre pour favoriser une large accessibilité à ses services pour les personnes couvertes par le régime d'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments, et pour les professionnels de la santé. Cette résolution constitue un défi pour la Régie, compte tenu des importants volumes de services qu'elle rend.

La Régie doit donc se montrer vigilante en matière de qualité des services. Sa Déclaration de services aux citoyens présente à cet égard des engagements concrets.

NOS ENGAGEMENTS

Vous offrir les meilleurs services est au cœur de nos préoccupations. Les engagements qui suivent en témoignent. Chacun d'eux exprime notre volonté de toujours mieux vous servir et se traduit par des actions concrètes au quotidien.

Vous accueillir avec courtoisie

- Nous nommer quand nous vous répondons.
- Prendre le temps de vous écouter et vous consacrer toute l'attention nécessaire.
- Nous assurer que vous avez bien compris les renseignements fournis et qu'ils répondent bien à vos questions.

Vous servir dans le respect de la confidentialité

- Vous recevoir dans un lieu qui permet des échanges en toute confidentialité.
- Nous assurer de votre identité avant de fournir des services en relation avec des renseignements personnels vous concernant.
- Veiller à ce que notre personnel consulte uniquement les renseignements personnels nécessaires à l'exercice de ses fonctions.
- Soutenir notre personnel dans l'application des règles de confidentialité.

Vous servir avec compétence

- Vous fournir des renseignements clairs, précis et complets.
- Tenir à jour les connaissances de notre personnel.

Vous offrir des services rapides

Personnes assurées

- Vous rencontrer dans un délai moyen de 10 minutes si vous désirez renouveler ou remplacer votre carte d'assurance maladie ou nous aviser d'un changement d'adresse, et de 40 minutes pour toute autre demande.
- Répondre à vos appels téléphoniques dans un délai moyen de trois minutes.
- Vous expédier votre carte d'assurance maladie dans un délai n'excédant pas 30 jours.
- Vous inscrire au régime public d'assurance médicaments dans un délai maximal de 24 heures.
- Répondre à une demande d'autorisation relative à un médicament d'exception dans un délai maximal de 48 heures si votre demande est complète.

Professionnels de la santé

- Veiller à ce que le délai moyen d'attente au Centre d'appels des professionnels n'excède pas 120 secondes.
- Fournir une assistance téléphonique aux pharmaciens dans un délai moyen de 15 secondes.

Les pages qui suivent présentent la reddition de comptes à l'égard de chacun des quatre engagements en vigueur au 31 mars 2010.

La Régie a mis à jour sa Déclaration de services aux citoyens. Cette nouvelle version, effective et diffusée à compter du 1er avril 2010, est accessible sur son site Internet. Un dépliant la présentant est également disponible à l'accueil de ses bureaux à Québec et à Montréal, et distribué à certains groupes de clients, notamment aux finissants en médecine.

LES RÉSULTATS RELATIFS À LA DÉCLARATION DESERVICES AUX CITOYENS

Le point de vue des clientèles

La mesure de la satisfaction quant à la qualité des services, telle que perçue par ceux qui en sont bénéficiaires, permet d'évaluer la performance des organisations et de vérifier que les efforts d'amélioration ont porté fruit.

La Régie, à l'instar de plusieurs autres organisations publiques, mène des activités de sondage à ces fins. Des sondages récents procurent une lecture de la perception de deux de ses clientèles à l'égard des services qui leur sont rendus. Ces clientèles sont :

- les médecins spécialistes;
- les personnes qui ont eu recours aux services du Commissaire aux plaintes des personnes assurées.

Le sondage auprès des médecins spécialistes

Un sondage a été réalisé auprès des médecins spécialistes[13] à la fin de 2008-2009. Les résultats, connus en 2009-2010, démontrent que les médecins spécialistes sont globalement satisfaits des services de la Régie (7,7 sur 10). Mentionnons que ces résultats sont similaires à ceux d'un sondage antérieur réalisé auprès des médecins omnipraticiens (7,8 sur 10). Le tableau suivant fait, quant à lui, état des résultats relatifs aux engagements de la Déclaration de services.

	Qualité perçue 2008-2009
Vous accueillir avec courtoisie	8,6 / 10
Vous servir dans le respect de la confidentialité	7,7 / 10
Vous servir avec compétence	7,6 / 10
Vous offrir des services rapides	7,3 / 10

Le sondage auprès des personnes ayant eu recours aux services du Commissaire aux plaintes des personnes assurées

Un autre sondage a été réalisé auprès de la clientèle ayant eu recours aux services du Commissaire aux plaintes[14]. Précisons qu'il s'agit d'une portion des clients de la Régie ayant de l'insatisfaction à l'égard d'un service rendu par la Régie. Le service en cause peut donc relever de la Déclaration de services aux citoyens ou non. Malgré ces circonstances d'insatisfaction, qui sont de nature à influencer leur perception à l'égard de la qualité de la prestation de services du Commissaire, la satisfaction générale de ses clients est de 7,1 sur 10. Par contre, pour les engagements de la Déclaration de services aux citoyens, ces mêmes clients ont attribué des notes allant de 7,9 à 8,5 lorsque interrogés quant à la qualité des services du Commissaire. Ces résultats sont présentés dans le tableau suivant.

	Qualité perçue 2009-2010
Vous accueillir avec courtoisie	8,5 / 10
Vous servir dans le respect de la confidentialité	8,3 / 10
Vous servir avec compétence	8,0 / 10
Vous offrir des services rapides	7,9 / 10

Mentionnons également que 27 % des répondants éprouvaient, à l'égard des services de la Régie dans leur ensemble, un degré de satisfaction plus grand une fois leur dossier de plainte traité par le Commissaire. De plus, la satisfaction quant à la qualité des services reçus malgré ce contexte particulier amèneraient 79 % des clients sondés à recommander aux membres de leur famille ou à leurs amis de faire appel au Commissaire s'ils se trouvaient dans la même situation.

13. Sondage effectué auprès des médecins spécialistes entre le 21 novembre 2008 et le 27 mars 2009.

14. Sondage effectué entre le 15 octobre et le 16 novembre 2009 auprès des personnes ayant eu recours aux services du Commissaire aux plaintes des personnes assurées au cours de l'année 2009.

Les résultats à l'égard de la rapidité des services

Vous offrir des services rapides				
Les services aux personnes assurées	**Engagement**	**Résultats**		
		2007-2008	**2008-2009**	**2009-2010**
Délai moyen d'attente des visiteurs à l'accueil pour les services express	10 minutes	9 min 14 s	9 min 33 s	7 min 25 s
Délai moyen d'attente des visiteurs à l'accueil pour les autres services	40 minutes	35 min 15 s	37 min 44 s	21 min 41 s
Délai moyen d'attente pour parler à un préposé du service téléphonique	180 secondes (3 minutes)	160 s	164 s	76 s
Pourcentage de cartes d'assurance maladie expédiées en 30 jours ou moins	100 %	95,5 %	95,8 %	97,3 %
Pourcentage des inscriptions au régime public d'assurance médicaments prenant effet en 24 heures ou moins	100 %	100 %	99,8 %	99,7 %
Pourcentage des demandes complètes d'autorisation relatives à un médicament d'exception traitées en 48 heures ou moins	100 %	82,2 %	88,2 %	90,9 %
Les services aux professionnels de la santé	**Engagement**	**Résultats**		
		2007-2008	**2008-2009**	**2009-2010**
Délai moyen d'attente pour parler à un préposé du Centre d'appels des professionnels	120 secondes	121 s	205 s	228 s
Délai moyen d'attente pour parler à un préposé du Centre de support aux pharmaciens	15 secondes	53 s	59 s	63 s

Les volumes de transactions relatifs à la prestation de services			
Les services aux personnes assurées	**2007-2008**	**2008-2009**	**2009-2010**
Entrevues aux bureaux de la Régie	142 374	146 132	158 745
Appels traités par les préposés	1 494 911	1 450 041	1 552 472
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	450 614	337 600	248 778
Cartes d'assurance maladie délivrées	2 139 401	2 213 366	2 218 637
Inscriptions au régime public d'assurance médicaments	390 564	421 886	430 460
Les services aux professionnels de la santé	**2007-2008**	**2008-2009**	**2009-2010**
Appels traités par un préposé du Centre d'appels des professionnels	80 232	75 160	76 249
Appels traités par un préposé du Centre de support aux pharmaciens	147 390	148 592	144 795
Appels traités par le système de réponse vocale (renseignements généraux)	3 390	3 396	2 417

En ce qui concerne les services aux personnes assurées, la Régie offre une performance qui dépasse les cibles énoncées dans sa Déclaration de services aux citoyens quant aux délais moyens d'attente à l'accueil et au téléphone. En 2009-2010, les délais moyens d'attente des visiteurs à l'accueil pour les services express et pour les autres services se sont améliorés respectivement de 22 % et de 43 % comparativement à l'année précédente. De plus, le délai moyen d'attente pour parler à un préposé du service téléphonique s'est, quant à lui, amélioré de 54 % pour la même période. Dans un contexte de demande accrue de services, la Régie a augmenté de façon significative l'accessibilité au téléphone et aux bureaux d'accueil et a offert une prestation de services de grande qualité grâce à l'amélioration des façons de faire et à l'optimisation de l'utilisation de ses ressources.

La proportion des demandes d'autorisation relatives à un médicament d'exception traitées en 48 heures ou moins s'est accrue au fil des ans. La Régie s'estime satisfaite de cette amélioration même si elle n'a pas réussi à respecter son engagement. Par ailleurs, une attention particulière est toujours accordée aux demandes d'autorisation de médicaments devant être fournis d'urgence, lesquelles ont été traitées dans un délai inférieur à 24 heures, dans une proportion de 99,7 % en 2009-2010.

Depuis la fin mai 2009, une nouvelle technologie a été mise en place pour améliorer la répartition des appels reçus de la part des professionnels de la santé. Ce changement a commencé, en juin, à influer positivement sur le délai moyen d'attente. Toutefois, dans les mois qui ont suivi, le délai a augmenté à nouveau, notamment, en raison de la modification majeure de deux ententes chez les médecins omnipraticiens et spécialistes ainsi que des modalités et instructions de facturation relatives à la pandémie de grippe A (H1N1). Ces facteurs ont accru la complexité des appels et, conséquemment, leur durée.

En 2009-2010, le délai moyen d'attente pour fournir une assistance aux pharmaciens s'établissait à 63 secondes. Mentionnons que ce délai n'est pas critique. En effet, un sondage mené auprès des pharmaciens en 2006-2007 révèle qu'un délai de 15 secondes est bien au-delà de leurs attentes. En s'appuyant, entre autres, sur cette constatation et pour maintenir la qualité des services de la Régie, cet engagement passera à 60 secondes à compter du 1er avril 2010.

La Régie n'a pas réussi à respecter ses deux engagements en matière de prestation téléphonique aux professionnels de la santé. Un plan de mesures d'amélioration, élaboré en mars 2010, vise à hausser la performance de ces deux centres d'appels. La mise en place des diverses mesures devrait permettre d'atteindre progressivement les nouvelles cibles de performance qui ont été fixées.

Le volume de traitement des plaintes

Bien que le personnel de la Régie fournisse des efforts soutenus pour offrir des services de qualité à la clientèle, certaines situations peuvent provoquer de l'insatisfaction. C'est pourquoi différents recours sont à la disposition d'une personne insatisfaite, qu'il s'agisse d'une personne assurée ou d'un professionnel de la santé.

Le Commissaire aux plaintes des personnes assurées a reçu en 2009-2010 un nombre moindre de plaintes concernant les engagements de la Déclaration de services aux citoyens. Pendant que le volume de plaintes demeurait relativement stable pour trois des quatre engagements, il diminuait de plus de 80 % entre 2008-2009 et 2009-2010 pour ce qui est de la rapidité des services. Les plaintes liées à ce dernier aspect concernaient essentiellement l'accès aux services téléphoniques.

Le volume de plaintes reçues concernant les services aux professionnels de la santé demeure encore cette année très faible. Signalons que 74 % des médecins spécialistes sondés en 2008-2009 accordent une note de 8 ou plus sur 10 pour témoigner de leur satisfaction à l'égard du service reçu par le Centre d'appels des professionnels. Un suivi particulier a, par ailleurs, été effectué auprès des plaignants et des employés concernés par les plaintes relatives à la courtoisie.

	Nombre de plaintes reçues relatives aux engagements de la Déclaration de services aux citoyens					
	Personnes assurées			Professionnels de la santé		
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Vous accueillir avec courtoisie	33	36	18	0	4	4
Vous servir dans le respect de la confidentialité	1	0	1	0	0	0
Vous servir avec compétence	26	11	14	1	0	0
Vous offrir des services rapides	656	671	127	0	0	2
Total	**716**	**718**	**160**	**1**	**4**	**6**

Plan stratégique

Les pages qui suivent contiennent la reddition de comptes portant sur les six objectifs stratégiques de la Régie. On y présente d'abord un tableau synthèse du Plan stratégique 2009-2013. Suivent les résultats relatifs aux objectifs, regroupés par orientation et par axe d'intervention.

TABLEAU SYNTHÈSE DU PLAN STRATÉGIQUE 2009-2013

1 Les services

Orientation 1 ***OFFRIR AUX CLIENTÈLES DE LA RÉGIE DES SERVICES PLUS ACCESSIBLES, RAPIDES ET SÉCURITAIRES***	
1ER AXE D'INTERVENTION : L'ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES	
OBJECTIF 1 — D'ICI 2014, OFFRIR AUX CITOYENS UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE PLUS EFFICACE ET SÉCURITAIRE	
	Cibles de résultats
Pourcentage de cartes délivrées	6 % en mars 2010
	30 % en mars 2011
	55 % en mars 2012
	80 % en mars 2013
OBJECTIF 2 — INFORMER LES CITOYENS DES OBLIGATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MÉDICAMENTS ET FACILITER L'ACCÈS À SES BÉNÉFICES	
Disponibilité du service en ligne d'inscription des personnes au régime public	Décembre 2010
Taux d'adhésion des personnes au service en ligne Pourcentage des inscriptions totales (excluant les inscriptions automatiques)	8 % en mars 2012 16 % en mars 2013
Proportion de citoyens qui connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments	80 %
Connaissance des dispositions particulières par les médecins omnipraticiens et spécialistes	
Mesure du niveau de connaissance	Mars 2010
Détermination des cibles d'amélioration	Mars 2011
Seconde mesure du niveau de connaissance	Mars 2013
2E AXE D'INTERVENTION : LA RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET AUTRES DISPENSATEURS	
OBJECTIF 3 — APPLIQUER PLUS RAPIDEMENT LES MODIFICATIONS AUX ENTENTES DE RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Révision et optimisation des processus d'application des ententes	Mars 2010
Publication de la nouvelle offre de services	Mars 2011
Détermination des cibles pour les délais d'application des ententes	
Évaluation du degré d'atteinte des cibles	Mars 2013
OBJECTIF 4 — REVOIR LA GESTION DES PROGRAMMES CONFIÉS, DE CONCERT AVEC LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	
Les programmes d'aides techniques	
Disponibilité de services en ligne pour la facturation	1 nouveau service en mars 2011
	2 nouveaux services en mars 2012
Délai de paiement pour les programmes disposant d'un service en ligne de facturation Délai moyen actuel : 42 jours	Moins de 30 jours à compter de 2011
Les autres programmes	
Révision d'un autre programme	Mars 2013

2 Le Dossier de santé du Québec

Orientation 2
RENDRE ACCESSIBLE AUX PROFESSIONNELS AUTORISÉS UNE INFORMATION CLINIQUE SÉCURISÉE

AXE D'INTERVENTION : LE DÉPLOIEMENT DU DOSSIER DE SANTÉ DU QUÉBEC

OBJECTIF 5 — ASSURER DES SERVICES D'IDENTIFICATION DES INTERVENANTS ET DES USAGERS, AINSI QUE LA MISE EN PLACE ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES D'ACCÈS AU PROFIL PHARMACOLOGIQUE DES PATIENTS

	Cibles de résultats
Ordonnance électronique transmise aux pharmaciens	Mars 2010
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux	
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ	
Attribution d'un numéro d'identification unique aux nouveau-nés et aux personnes non assurées pour inscription au registre des usagers	Mars 2011
Profil pharmacologique élargi avec les renseignements provenant des établissements publics	
Mécanisme d'authentification des intervenants « SécurSanté », simplifié et optimisé	

3 La gestion interne

Orientation 3
SOUTENIR LA MOBILISATION ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNES DANS L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION

AXE D'INTERVENTION : LES RESSOURCES HUMAINES

OBJECTIF 6 — OFFRIR UN MILIEU DE TRAVAIL VALORISANT ET MOBILISATEUR, AFIN DE SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT CONTINU DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À L'ÉVOLUTION DES SERVICES

	Cibles de résultats
Satisfaction du personnel : première mesure et détermination des cibles d'amélioration	Décembre 2009
Adoption d'un plan d'action en gestion des ressources humaines	Juin 2010
Implantation de la norme Entreprise en santé	Juin 2011
Satisfaction du personnel : deuxième mesure	Mars 2013

LES RÉSULTATS À L'ÉGARD DU PLAN STRATÉGIQUE 2009-2013

Le Plan stratégique 2009-2013, premier à être adopté en vertu de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État[15], est le fruit des efforts du conseil d'administration, de la haute direction et d'une partie importante du personnel de la Régie. Au cours des prochaines années, la Régie dirigera ses efforts vers l'atteinte de nouveaux objectifs résolument axés sur des résultats perceptibles par ses clientèles. C'est dans cette perspective que l'organisation réaffirme sa volonté d'être un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

Les services

Orientation 1
Offrir aux clientèles de la Régie des services plus accessibles, rapides et sécuritaires

1er axe d'intervention
L'admissibilité des personnes

Objectif 1
D'ici 2014, offrir aux citoyens une carte d'assurance maladie plus efficace et sécuritaire

Indicateur	Résultat 2009-2010	Cible 2009-2010	Cible 2012-2013
Pourcentage de cartes délivrées	7,2 %	6 %	80 %

La Régie doit s'assurer que la carte d'assurance maladie est délivrée uniquement aux personnes qui y ont droit et qu'elle est utilisée de façon conforme par son titulaire.

La modernisation de la carte d'assurance maladie par l'ajout d'un code à barres et par l'implantation graduelle d'un service en ligne contribue à renforcer le contrôle et à améliorer la gestion de l'admissibilité des personnes. Elle permet également de simplifier les démarches pour le citoyen et, pour les professionnels de la santé, d'accéder à une information constamment mise à jour quant à l'admissibilité de leur clientèle.

Entre le 11 janvier, date de délivrance de la première carte avec code à barres, et le 31 mars 2010, 547 264 personnes admissibles ont reçu la nouvelle carte d'assurance maladie. Les autres cartes seront délivrées selon le cycle annuel régulier de renouvellement d'ici janvier 2014. Depuis le 9 février 2010, un service en ligne permet aux professionnels de la santé de vérifier la validité, en temps réel, de l'admissibilité d'une personne à l'assurance maladie.

15. La Régie est assujettie à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02) depuis novembre 2007.

Objectif 2
Informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et faciliter l'accès à ses bénéfices

Indicateur	Résultat	Cible
Proportion de citoyens qui connaissent l'obligation de détenir une assurance médicaments	83 %	80 %
Mesure du niveau de connaissance des dispositions particulières par les omnipraticiens et spécialistes (patients et médicaments d'exception)	Sondage réalisé	Mars 2010

Les Québécois qui ne sont pas admissibles à un régime privé doivent s'inscrire au régime public d'assurance médicaments. En 2009-2010, le régime public couvrait environ 3,3 millions de Québécois et 430 460 nouvelles inscriptions ont été dénombrées. Plusieurs évènements de vie peuvent influer sur l'admissibilité au régime public d'assurance médicaments tels que l'entrée sur le marché du travail, la perte d'un emploi, l'arrêt des études à temps plein, une nouvelle union ou une séparation. Pour beaucoup de citoyens, les modalités d'application du régime sont méconnues, ce qui peut entraîner des situations où une personne n'est pas inscrite au régime approprié.

En février et mars 2010, la Régie a réalisé une campagne d'information visant à mieux faire connaître aux citoyens leurs obligations en matière d'assurance médicaments. Ces messages, qui avaient pour thème « L'assurance médicaments, c'est obligatoire et, pour éviter de mauvaises surprises, il est important que chacun vérifie sa situation », ont pu être vus à la télévision, dans des publications, sur Internet ainsi que dans les cégeps et les universités. La population était invitée à se rendre sur le site Internet de la Régie pour répondre à un court questionnaire qui, une fois rempli, permettait à l'internaute de savoir quel type de régime (privé ou public) devrait le couvrir. En mars 2010, un sondage révélait que la proportion de la population qui connaît l'obligation d'être couverte par une assurance médicaments atteignait 83 % contre 81 % en mars 2009.

De plus, le régime prévoit des dispositions particulières nommées *médicaments d'exception* et *patients d'exception* qui favorisent l'accès à des médicaments généralement coûteux. Toutefois, ces mesures pourraient être mieux connues des médecins, comme en font foi les résultats de deux sondages réalisés entre 2008 et 2010 auprès des médecins.

PROPORTION DES MÉDECINS QUI DISENT CONNAÎTRE TRÈS BIEN OU ASSEZ BIEN LES MESURES D'EXCEPTION

	Médecins spécialistes 2008-2009	Médecins omnipraticiens 2009-2010
Médicaments d'exception	61,1 %	87,0 %
Patients d'exception	21,9 %	31,9 %

Au regard des résultats obtenus, la Régie prévoit mettre en œuvre différents moyens, en plus de l'information qu'elle diffuse déjà, pour faire connaître ces mesures particulières et les modalités administratives s'y rattachant, de même que pour s'assurer que les médecins ont accès aux renseignements nécessaires à leur pratique.

2e axe d'intervention
La rémunération des professionnels de la santé et autres dispensateurs

Objectif 3
Appliquer plus rapidement les modifications aux ententes de rémunération des professionnels de la santé

Indicateur	Résultat	Cible
Révision et optimisation des processus d'application des ententes	Révision et optimisation réalisées	Mars 2010

Les ententes de rémunération des professionnels de la santé font régulièrement l'objet de négociations entre les fédérations de médecins ou les associations professionnelles et le ministre de la Santé et des Services sociaux. La Régie est responsable de la mise en application de ces ententes. Pour ce faire, elle doit intégrer les modifications convenues dans ses systèmes, de manière à assurer aux professionnels le paiement des services rendus à la population en conformité avec ces ententes.

Au fil du temps, les ententes sont devenues de plus en plus complexes, le rythme des changements s'est accentué et les attentes quant aux délais d'implantation sont élevées.

Soucieuse d'améliorer sa prestation de services, la Régie a effectué des travaux afin de se doter d'un processus mieux adapté aux besoins et attentes des parties négociantes. Ces travaux visaient d'abord les ententes de rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Par la suite, l'offre de services de la Régie destinée à l'ensemble des professionnels de la santé sera renouvelée et intégrera ses engagements en matière d'application des ententes.

De concert avec des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Régie a effectué une révision des processus d'application des ententes et mis en place de nouvelles façons de faire : plus de 30 outils et méthodes de travail ont été élaborés ou optimisés.

Ces nouveaux modes de fonctionnement accéléreront la mise en œuvre des ententes de rémunération et simplifieront l'accès aux services, tout en étant assortis des mesures de contrôle appropriées. Si la tendance se maintient, la Régie devrait réduire ses délais d'implantation et améliorer sa productivité d'au moins 20 %, et ce, dès 2010-2011.

Objectif 4
Revoir la gestion des programmes confiés, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

Indicateur	Résultat	Cible
Aucun engagement pour 2009-2010		

La Régie assume le coût des aides, des appareils et des services couverts rendus dans le cadre des programmes d'aides techniques. Dans un contexte de croissance de la demande de services, de réduction des effectifs et de désuétude du système informatique, elle vise l'amélioration des modes de fonctionnement de quatre programmes touchant les aides auditives, les appareils suppléant à une déficience physique, les aides visuelles et les prothèses oculaires. De façon plus précise, un service en ligne pour les dispensateurs de services permettra la transmission automatisée des demandes de paiement, l'élimination de l'envoi systématique de pièces justificatives, l'organisation optimale du travail et, conséquemment, un traitement et un paiement plus rapides de ces demandes. Un plan enrichi de contrôles soutiendra l'implantation de ce nouveau système informatique.

En 2009-2010, la Régie a poursuivi les travaux liés au développement du service en ligne, à l'analyse des cadres législatif et réglementaire des programmes d'aides techniques et à la stratégie de gestion du changement.

Le Dossier de santé du Québec

Orientation 2
Rendre accessible aux professionnels autorisés une information clinique sécurisée

Axe d'intervention
Le déploiement du Dossier de santé du Québec

Objectif 5
Assurer des services d'identification des intervenants et des usagers, ainsi que la mise en place et le fonctionnement des services d'accès au profil pharmacologique des patients

Indicateur	Résultat	Cible
Ordonnance électronique transmise aux pharmaciens	Développement réalisé	Mars 2010
Mécanisme de mise à jour des données d'identification au registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux		
Registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux		
Registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins de santé associés au DSQ		

La Régie participe, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à la mise en place du Dossier de santé du Québec, qui vise à rendre accessible aux professionnels autorisés l'information clinique pertinente, et ce, de façon sécuritaire. Les obligations de confidentialité seront respectées en tout temps.

Pour les professionnels de la santé, l'accès instantané à une gamme élargie de données cliniques intégrées permettra d'augmenter la rapidité et l'efficacité des interventions en plus d'améliorer la prise de décision clinique ainsi que la justesse et la sûreté de la prescription de médicaments.

Pour les citoyens, les bénéfices sont multiples : amélioration de la qualité de l'évaluation clinique, diminution des délais pour la détermination des plans de soins et réduction des risques d'effets secondaires liés à des interactions thérapeutiques des médicaments.

La contribution de la Régie au projet consiste essentiellement à livrer le domaine du médicament (profil pharmacologique des usagers et service d'ordonnances électroniques de médicaments) et divers services de registres et de sécurité soutenant le Dossier de santé du Québec et les autres domaines de renseignements de santé visés.

Au 31 mars 2010, la Régie a réalisé les solutions d'affaires et technologiques attendues d'elle. Leur mise en place s'effectuera dans le cadre du projet expérimental du Dossier de santé du Québec ayant cours sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. La prochaine phase d'implantation se déroulera graduellement à compter du printemps 2010. Elle inclura la transmission des ordonnances électroniques, les mécanismes de mise à jour des données d'identification au registre des usagers et de diffusion au réseau de la santé et des services sociaux ainsi que le registre d'identification des établissements et des lieux de dispensation des soins associés au Dossier de santé du Québec. L'implantation du registre d'identification des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux est planifiée pour l'automne 2010.

La gestion interne

Orientation 3
Soutenir la mobilisation et l'engagement des personnes dans l'évolution de l'organisation

Axe d'intervention
Les ressources humaines

Objectif 6
Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur, afin de soutenir le développement continu des compétences nécessaires à l'évolution des services

Indicateur	Résultat	Cible
Satisfaction du personnel : - première mesure (sondage) - détermination des cibles d'amélioration	Sondage réalisé Cibles d'amélioration en cours d'élaboration	Décembre 2009

Afin de composer avec l'évolution démographique et la réduction de ses effectifs, la Régie doit mettre de l'avant des mesures pour assurer la continuité et la qualité de ses services. Par ailleurs, un climat de travail sain et un personnel en santé sont indispensables pour permettre à une organisation en changement, telle que la Régie, de réaliser sa mission et d'offrir à la population les services attendus. À ce titre, la Régie a maintes fois démontré son engagement dans la mise en place et le maintien d'un environnement de travail favorisant la mobilisation de ses employés.

L'obtention de la certification Entreprise en santé[16] en juin 2011 concrétisera encore davantage cette orientation. Établie par le Bureau de normalisation du Québec, la norme Entreprise en santé amènera la Régie à agir sur quatre sphères reconnues pour leur impact significatif sur la productivité et le bien-être des employés, soit les habitudes de vie, l'équilibre travail-vie personnelle, l'environnement de travail et les pratiques de gestion.

Afin d'assurer l'atteinte de cet objectif stratégique, la Régie a formé le comité Entreprise en santé. Constitué de 13 personnes représentatives du personnel de la Régie, le comité a notamment pour fonction de proposer des cibles d'amélioration et un plan d'action en gestion des ressources humaines basés sur les préoccupations exprimées par le personnel ainsi que sur les ressources disponibles et sur les priorités de l'organisation. Ces préoccupations ont d'ailleurs été mesurées par l'entremise d'une vaste consultation effectuée en novembre et décembre 2009. À cette occasion, la Régie a mené des entrevues individuelles, tenu des groupes de discussion et réalisé un sondage portant, notamment, sur la satisfaction des employés envers les quatre sphères ciblées par la norme. Le taux de participation au sondage de 87 % démontre l'engagement significatif du personnel dans la démarche.

Les résultats du sondage ont fait ressortir des acquis reconnus par le personnel, qui doivent être maintenus, notamment en ce qui a trait au climat de travail respectueux et non conflictuel vécu à la Régie. Par ailleurs, ces mêmes résultats ont permis au comité Entreprise en santé d'amorcer la détermination des cibles d'amélioration telles que la bonification des pratiques de gestion du rendement et l'amélioration de certains aspects de l'environnement physique de travail. Les propositions de cibles d'amélioration seront intégrées au Plan d'action en gestion des ressources humaines qui sera soumis à l'approbation des dirigeants de la Régie.

16. Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail (BNQ 9700-800).

SECTION 3

L'application de certaines politiques gouvernementales

Cette section comporte des renseignements visant à satisfaire les exigences législatives et gouvernementales en matière de reddition de comptes publique à l'égard de l'accès à l'égalité en emploi, du développement durable, de l'emploi et de la qualité de la langue française dans l'Administration et du financement des services publics. Elle expose aussi les actions que la Régie a accomplies relativement à la protection des renseignements personnels et à la sécurité de l'information. La section se termine par les mesures prises pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec.

Accès à l'égalité en emploi 51

Développement durable 55

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration 58

Financement des services publics 59

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information 60

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec 62

Accès à l'égalité en emploi

Le gouvernement du Québec s'est donné des objectifs pour promouvoir l'intégration des personnes issues de différents groupes afin que la diversité de la société québécoise soit reflétée au sein de la fonction publique. Pour atteindre ces objectifs, il a préconisé des programmes d'accès à l'égalité en emploi des membres de communautés culturelles, des autochtones, des anglophones et des femmes ainsi qu'un plan d'embauche pour les personnes handicapées.

DONNÉES GLOBALES

L'EFFECTIF DE LA RÉGIE AU 31 MARS 2010

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'employés réguliers	1 161	1 128	1 099

L'EMBAUCHE AU COURS DE LA PÉRIODE 2009-2010

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
Nombre de personnes embauchées	53	113	107	23

Au cours de la dernière année, 166 personnes ont été embauchées à titre d'employés réguliers ou occasionnels, auxquels s'ajoutent 107 étudiants et 23 stagiaires.

LES MEMBRES DE COMMUNAUTÉS CULTURELLES, AUTOCHTONES, ANGLOPHONES ET PERSONNES HANDICAPÉES

Les taux calculés dans les tableaux suivants ne prennent en considération que les personnes ayant consenti à déclarer leur appartenance à l'un des groupes cibles lors de l'embauche.

LE TAUX D'EMBAUCHE DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES EN 2009-2010

	Nombre d'embauches						
	Embauche totale 2009-2010	Membres de communautés culturelles	Autochtones	Anglophones	Personnes handicapées	Total	Taux d'embauche
Réguliers	53	5	-	2	3	10	18,9 %
Occasionnels	113	27	-	1	3	31	27,4 %
Étudiants	107	22	-	1	1	24	22,4 %
Stagiaires	23	5	-	-	-	5	21,7 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LE TAUX D'EMBAUCHE GLOBAL DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES PAR STATUT D'EMPLOI

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2007-2008	17,1 %	20,1 %	17,0 %	6,1 %
2008-2009	14,1 %	13,8 %	13,8 %	13,3 %
2009-2010	18,9 %	27,4 %	22,4 %	21,7 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LE TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES PARMI LES EMPLOYÉS RÉGULIERS[17] PAR CATÉGORIE D'EMPLOI EN 2009-2010

	Président-directeur général et vice-présidents		Personnel d'encadrement		Personnel professionnel		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Membres de communautés culturelles	-	-	-	-	16	1,5	19	1,7	10	0,9	-	-	45	4,1
Autochtones	-	-	-	-	3	0,3	–	–	1	0,1	-	-	4	0,4
Anglophones	-	-	-	-	1	0,1	4	0,4	4	0,4	-	-	9	0,8
Personnes handicapées	-	-	-	-	3	0,3	5	0,5	10	0,9	-	-	18	1,6

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LE TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES MEMBRES DES GROUPES CIBLES PARMI LES EMPLOYÉS RÉGULIERS[18]

	2007-2008		2008-2009		2009-2010	
	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité	Nombre d'employés réguliers	Taux de représentativité
Membres de communautés culturelles	34	2,9 %	40	3,5 %	45	4,1 %
Autochtones	4	0,3 %	3	0,3 %	4	0,4 %
Anglophones	6	0,5 %	8	0,7 %	9	0,8 %
Personnes handicapées	17	1,5 %	18	1,6 %	18	1,6 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

17. La Régie comptait 1 099 employés réguliers au 31 mars 2010.

18. La Régie comptait 1 161 employés réguliers au 31 mars 2008, 1 128 au 31 mars 2009 et 1 099 au 31 mars 2010.

LES FEMMES

LE TAUX D'EMBAUCHE DES FEMMES PAR STATUT D'EMPLOI EN 2009-2010

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre total d'employés embauchés	53	113	107	23	296
Nombre de femmes embauchées	34	79	72	10	195
Taux d'embauche des femmes	64,1 %	69,9 %	67,3 %	43,5 %	65,9 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

LE TAUX DE REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES PARMI LES EMPLOYÉS RÉGULIERS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI EN 2009-2010

	Président-directeur général et vice-présidents	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre total d'employés réguliers	5	68	463	375	184	4	1 099
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	2	34	246	265	155	-	702
Taux de représentativité des femmes	40,0 %	50,0 %	53,1 %	70,7 %	84,2 %	0 %	63,9 %

Les pourcentages présentés sont arrondis au dixième près.

MESURES OU ACTIONS FAVORISANT L'EMBAUCHE, L'INTÉGRATION OU LE MAINTIEN EN EMPLOI

PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOYABILITÉ À L'INTENTION DES PERSONNES HANDICAPÉES (PDEIPH)

	2009-2010
Nombre de participants au PDEIPH accueillis au cours de l'année	0
Nombre de projets soumis au Centre de services partagés du Québec dans le cadre du PDEIPH	4

AUTRES MESURES OU ACTIONS

Mesure ou action	Groupes cibles visés
Rappel des objectifs du gouvernement du Québec en matière d'accès à l'égalité sur le portail des gestionnaires de la Régie (section Gestion de la main-d'œuvre)	Membres de communautés culturelles, autochtones, anglophones et personnes handicapées Jeunes
Note d'invitation encourageant le recours au PDEIPH acheminée à tous les gestionnaires	Personnes handicapées

Développement durable

Le 13 avril 2006, l'Assemblée nationale a adopté la Loi sur le développement durable afin d'améliorer le mieux-être, la santé et la qualité de vie des citoyens. Ce projet de société permettra de répondre aux besoins actuels des Québécois sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs.

Dans cette foulée, la Stratégie gouvernementale de développement durable est entrée en vigueur le 1er janvier 2008. Pour atteindre les objectifs qui y sont définis, les ministères, organismes et entreprises du gouvernement du Québec ont été invités à élaborer un plan d'action, au plus tard le 31 mars 2009, et à le rendre public.

Déjà préoccupée par cette question, la Régie pose, depuis plusieurs années, divers gestes en matière de gestion environnementale. Pour poursuivre sa démarche et contribuer à l'application progressive de la Stratégie, l'organisation s'est dotée en 2009 du Plan d'action de développement durable 2009-2013[19].

Le plan d'action de la Régie vise les objectifs de la stratégie gouvernementale auxquels sa mission, ses compétences ou son champ d'intervention lui permettent de contribuer directement. En outre, dans le cadre de ce premier plan d'action, la Régie a choisi de ne pas contribuer à certains des objectifs gouvernementaux, soit parce qu'elle a déjà pris des engagements liés à ceux-ci ou, encore, parce qu'elle y concourt déjà de par sa mission ou par des services qu'elle offre.

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre

Objectif organisationnel 1
Sensibiliser et informer le personnel de la Régie en matière de développement durable

Action 1.1
Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

Indicateur	Cible	Résultat
Proportion du personnel rejoint par les activités d'information et de sensibilisation, dont le taux de ceux ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche pour la prendre en compte dans leurs activités courantes	80 % du personnel en 2011, dont 50 % ayant une connaissance suffisante de la démarche en 2013	n. d.

Un plan de sensibilisation et de formation du personnel a été préparé et sa mise en œuvre a déjà débuté. Les efforts ont porté essentiellement sur l'annonce de l'adoption et de la mise en application du plan d'action de développement durable de la Régie ainsi que sur la promotion de saines pratiques en gestion environnementale. Le personnel associé à la mise en œuvre de ce plan d'action a participé à plusieurs activités de formation spécifiques. De plus, on prévoit l'utilisation d'un outil de formation en ligne, actuellement à l'étude, qui constituera le cœur des efforts à venir pour informer et sensibiliser 80 % du personnel. Enfin, un plan de prise en compte des principes de développement durable est en cours d'élaboration.

19. Le Plan d'action de développement durable 2009-2013 de la Régie est disponible sur son site Internet.

Objectif gouvernemental 4
Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement

Objectif organisationnel 2
Offrir un milieu de travail valorisant et mobilisateur

Action 2.1
Implantation de la norme Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail

Indicateur	Cible	Résultat
Norme implantée	Juin 2011	Premier sondage effectué

Le second objectif et l'action qui en découle ont été modifiés[20] pour s'arrimer à l'objectif 6 du Plan stratégique 2009-2013. Pour ce faire, la Régie implantera, d'ici juin 2011, la norme Prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail (BNQ 9700-800), communément appelée *Entreprise en santé*.

À cet effet, la Régie a effectué une première mesure de la satisfaction du personnel en décembre 2009. Les résultats recueillis lors de la collecte d'information permettront d'élaborer un plan d'action en gestion des ressources humaines, qui sera soumis à l'approbation des dirigeants de la Régie.

Objectif gouvernemental 6
Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux

Objectif organisationnel 3
Développer et appliquer des mesures de gestion environnementale et d'acquisition écoresponsables

Action 3.1
Se doter d'un cadre de gestion environnementale contribuant à l'atteinte des objectifs nationaux de gestion environnementale

Indicateur	Cible	Résultat
État d'avancement	Cadre de gestion adopté en 2010	En élaboration

Le cadre de gestion environnementale est actuellement en cours d'élaboration.

20. Le libellé original de l'objectif était « Favoriser la santé et la sécurité des personnes œuvrant à la Régie, et ce, dans un environnement sain » et celui de l'action « Adopter des modes de gestion préventive en santé et en sécurité du travail ».

Action 3.2

Mettre en œuvre des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

Indicateur	Cible	Résultat
Nombre de pratiques ou d'activités mises en œuvre	Avoir mis en œuvre le nombre de mesures recommandé par les dispositions de la politique en 2013	3 gestes relatifs aux objectifs environnementaux sur 4 5 pratiques d'acquisition écoresponsables contre les 3 demandées

Afin de contribuer à l'atteinte de la cible gouvernementale en 2013, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs invitait la Régie à réaliser en 2009-2010 quatre gestes parmi ceux proposés pour les objectifs environnementaux et trois pratiques d'acquisition écoresponsables. Dans cette perspective, la Régie a mis en œuvre trois gestes et cinq pratiques présentés ci-après.

En ce qui a trait aux trois gestes relatifs aux objectifs environnementaux, la Régie applique des règles de gestion des biens excédentaires; 78 % de son personnel a accès à un système de récupération multimatières et elle a rendu disponible la visioconférence à une majorité du personnel concerné.

La Régie applique sa Politique de disposition des biens meubles excédentaires depuis 2005. Les meubles, équipements — dont ceux liés à la micro-informatique — véhicules et équipements mobiles détériorés, désuets ou qui ne sont plus utilisés par la Régie sont visés par cette politique.

Notons que 15 des 26 étages occupés par la Régie et répartis dans cinq immeubles à Québec et Montréal sont desservis par la récupération multimatières. Des discussions sont en cours avec la Société immobilière du Québec et Recyc-Québec afin d'étendre cette pratique à tous les étages actuellement non desservis. Plus de 325 mètres cubes de matières compostables ont été collectés, notamment à la cafétéria du siège social de la Régie. Le projet de rénovation et de réaménagement des locaux permettra d'étendre cette collecte aux salles de repos.

Pour leur part, les cinq pratiques d'acquisition écoresponsables mises en œuvre sont l'achat de papiers recyclés, d'ordinateurs et d'imprimantes moins dommageables pour l'environnement ainsi que de cartouches d'impression au laser remises à neuf; la Régie a aussi intégré des dispositions environnementales à certains contrats de construction.

En 2009-2010, tout le papier utilisé par les employés provenait de papier recyclé, dont les trois quarts contenaient 100 % de fibres postconsommation et le quart, 30 %. Notons que tous les ordinateurs achetés depuis 2008 répondent aux critères EPEAT[21] qui renseignent les consommateurs sur le cycle de vie du produit, de la conception au recyclage. En outre, les trois contrats de construction susceptibles de générer des déchets comportaient une clause quant à leur disposition. Soulignons également que la Régie a révisé le choix de certains partenaires afin de réduire son empreinte écologique, en privilégiant ceux qui offrent un recyclage plus complet ou dont la localisation permet de réduire la distance d'acheminement des matières à recycler.

En plus de ce qu'elle devait faire pour atteindre sa cible en 2009-2010, la Régie a pris d'autres initiatives. Dans le cadre de ses opérations, elle s'est dotée d'un objectif qui consiste à valoriser un minimum de 25 % des fauteuils roulants. Ce taux de valorisation a été de 44 %. Enfin, dernière initiative mais non la moindre, la réfection des salles de toilette et la modernisation de la cafétéria ont permis une économie annuelle de 16,6 millions de litres d'eau potable.

21. *Electronic Product Environmental Asssessment Tool* ou « Outil d'évaluation environnementale des produits électroniques ».

Emploi et qualité de la langue française dans l'Administration

Le gouvernement du Québec a démontré l'importance qu'il accorde à la langue française en adoptant, le 12 novembre 1996, la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration.

Entrée en vigueur en décembre 2001, la politique linguistique de la Régie tient compte des orientations établies par le gouvernement. Elle a pour but d'orienter l'ensemble du personnel quant à l'application des règles à respecter relativement à l'usage du français, conformément aux dispositions prévues dans la Charte de la langue française.

La qualité de la langue demeure une préoccupation à la Régie. En effet, comme l'indique sa politique linguistique, les textes destinés à une clientèle externe font l'objet d'une révision. Des dictionnaires en ligne sont, de surcroît, accessibles sur la page d'accueil du site intranet.

Soucieuse de se conformer aux exigences de l'Office québécois de la langue française, la Régie a modifié le message d'accueil de son système de réponse vocale automatisé le 2 décembre 2009. Les autorités de la Régie se sont également entretenues avec des représentants de l'Office, et ont rencontré ceux du Secrétariat à la politique linguistique. Ces échanges, qui se poursuivront en 2010-2011, avaient pour but, d'une part, de discuter de la langue de communication de la Régie avec sa clientèle et, d'autre part, d'échanger sur certaines pratiques qui pourraient être instaurées en vue de mettre davantage l'accent sur le fait que le français est la langue officielle du Québec.

De plus, un projet pilote a été réalisé auprès d'un groupe de personnes assurées qui avaient choisi dans le système de réponse vocale de parler à un préposé en anglais. L'objectif était de valider si ces personnes assurées acceptaient de modifier la langue de correspondance inscrite à leur dossier pour le français. De ces personnes sondées, 3,3 % ont accepté.

Enfin, un document synthèse transmis au personnel du Centre de relations avec la clientèle des personnes assurées rappelait l'importance de la politique linguistique de la Régie et précisait les mesures à appliquer dans la prestation de services.

Dans un objectif d'amélioration continue, la Régie a alloué, comme par les années passées, un budget spécial pour la tenue d'activités de formation.

Financement des services publics

Dans le cadre du budget 2009-2010, le gouvernement a rendu publique la Politique de financement des services publics. Elle vise, par de meilleures pratiques tarifaires, à améliorer le financement des services pour en maintenir la qualité et à s'assurer de la transparence et de la reddition de comptes du processus tarifaire des ministères et des organismes. Elle s'applique à tous les organismes publics qui offrent des biens et des services aux citoyens.

Cette politique qui sera implantée graduellement d'ici 2012 précise notamment que les ministères et organismes devront, dès 2010-2011, faire état de sa progression et de sa mise en place dans leur rapport annuel de gestion.

En conséquence, la Régie poursuit ses travaux visant à mesurer les coûts des services qu'elle offre et à évaluer ses pratiques en matière de tarification. À ce jour, elle a complété l'intégration à son modèle de gestion par activités des données relatives aux exercices des années 2006-2007 à 2008-2009. De plus, la mise à jour des données de 2009-2010 est en cours de réalisation, ce qui facilite la production de rapports comparatifs sur les coûts des services rendus. Cette intégration permettra notamment de mesurer la variation des coûts, de suivre leur évolution et de soutenir rigoureusement le processus de tarification des services. Parallèlement à cette réalisation, la Régie a procédé à la recension de tous les services rendus aux clientèles externes. Finalement, une politique interne sur la tarification des activités a été examinée par le comité de vérification et approuvée par le président-directeur général, le 18 mars 2010.

Protection des renseignements personnels et sécurité de l'information

La Régie, à l'instar de tous les organismes publics, est soumise à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Par ailleurs, la Loi sur l'assurance maladie établit un régime particulier de confidentialité relativement aux renseignements détenus par la Régie. Ce régime impose le respect de règles plus restrictives en matière de confidentialité que celui de la loi sur l'accès, puisqu'il prévoit explicitement tous les renseignements dont la divulgation est autorisée, les personnes et organismes à qui ils peuvent être transmis ainsi que l'objectif de la communication.

La Régie est également assujettie à la Directive sur la sécurité de l'information gouvernementale ayant pour objet d'établir une vision commune et d'assurer la cohérence et la coordination des interventions en cette matière. Cette directive fixe les objectifs à atteindre, énonce les principes directeurs devant être appliqués pour assurer cette sécurité, désigne les intervenants concernés, précise leurs rôles et responsabilités, et prévoit l'instauration de mécanismes de coordination de l'action gouvernementale.

Ainsi, la Régie déploie plusieurs moyens pour soutenir ses obligations en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information envers sa clientèle. Entre autres, une équipe est responsable de former et de sensibiliser tous les nouveaux employés au cours de séances d'accueil, en plus de les inviter à signer un formulaire d'engagement à la confidentialité ainsi qu'une déclaration relativement au respect des mesures visant la sécurité de l'information.

Afin d'arrimer et de coordonner les actions en matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information dans l'ensemble de l'organisation, la Régie s'est dotée d'un comité de sécurité de l'information ainsi que d'un comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et l'éthique. Les travaux de ces comités sont respectivement coordonnés par le responsable de la sécurité de l'information et le président-directeur général.

DES RÉALISATIONS QUI S'INSCRIVENT DANS UN ESPRIT D'AMÉLIORATION CONTINUE

En 2009-2010, le comité sur l'accès à l'information, la protection des renseignements personnels et l'éthique a tenu une rencontre et le comité de sécurité de l'information, cinq. En matière de protection des renseignements personnels et de sécurité de l'information, en plus de ces rencontres, la Régie a entre autres :

- poursuivi l'ensemble des actions prévues dans le calendrier de mise en œuvre de la Loi modifiant la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et d'autres dispositions législatives;
- diffusé, dans son site Internet, des documents ou renseignements prévus par le Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels pour l'année;
- tenu une activité de formation à l'accès aux documents et à la protection des renseignements personnels à l'intention des employés de la Direction générale des affaires institutionnelles;
- organisé des activités régulières de sensibilisation et de formation des employés quant aux règles à respecter à l'égard de la protection des renseignements personnels et de la sécurité de l'information;
- offert une activité de formation aux équipes de développement quant aux faiblesses contenues dans la programmation des applications qui peuvent les rendre vulnérables;
- effectué des tests, comme prévu dans la stratégie organisationnelle d'évaluation périodique de la vulnérabilité des systèmes informatiques et des dispositifs de sécurité;
- révisé les privilèges d'accès des utilisateurs externes à l'information numérique de la Régie;

- finalisé les travaux d'optimisation pour la prise en compte de la sécurité et de la protection des renseignements personnels lors de l'élaboration de systèmes;
- terminé les travaux visant la mise en place d'un programme de suivi de la performance de la sécurité de l'information;
- élaboré les mesures venant encadrer l'utilisation sécuritaire des assistants numériques personnels (téléphones intelligents);
- poursuivi des travaux visant la mise en œuvre d'un processus de gestion et d'analyse des journaux de sécurité;
- réalisé des travaux d'évolution des systèmes de gestion de la sécurité des accès à l'information.

En 2009-2010, la Régie a également répondu à 91 demandes d'accès à l'information, comparativement à 100 en 2008-2009. Cinq d'entre elles ont été portées en révision devant la Commission d'accès à l'information du Québec. Huit dossiers, dont certains datant de 2008, sont toujours en attente d'une convocation en audition par la Commission.

Suites données aux recommandations du Vérificateur général du Québec

Depuis 2002, les ministères et organismes doivent rendre compte, dans leur rapport annuel de gestion, des correctifs apportés à la suite des recommandations formulées par le Vérificateur général du Québec.

À cet effet, la Régie a mis en place, en 2002-2003, un mécanisme de suivi afin d'assurer une prise en charge adéquate de ces recommandations : les vice-présidences concernées doivent élaborer un plan d'action et mettre en application les mesures qu'elles auront jugées appropriées.

Voici les rapports ayant fait l'objet d'une surveillance par la haute direction de la Régie en 2009-2010.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2005-2006
(déposé en décembre 2006) Tome II, chapitre 6

Dans ce rapport, le Vérificateur général du Québec a validé si le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que certains acteurs du réseau de la santé, dont la Régie, avaient mis en place des mesures visant à assurer une gestion optimale des programmes d'aides techniques.

Bien que le Vérificateur général ait conclu que la Régie administre les programmes d'aides techniques en conformité avec les directives reçues du Ministère, cinq recommandations parmi les seize formulées visaient l'organisation et particulièrement l'amélioration de ses processus.

En 2010, le Vérificateur général a effectué un suivi des recommandations qu'il avait formulées. Celui-ci confirme que la Régie a complété la mise en œuvre de deux des cinq recommandations.

En 2009-2010, la Régie a réitéré ses efforts dans le but d'améliorer la gestion des programmes d'aides techniques. Elle pourra ainsi répondre à l'ensemble des cinq recommandations.

La recommandation visant à assurer la qualité, la sécurité et le nettoyage des fauteuils roulants a donné lieu à la rédaction d'un protocole que le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit publier et distribuer à l'ensemble de ses partenaires au cours de la prochaine année.

Pour ce qui est de la recommandation portant sur la modernisation de ses processus, la Régie a poursuivi les travaux liés au développement d'un service en ligne pour les dispensateurs de services qui rendra possible la transmission automatisée des demandes de paiement, l'élimination de l'envoi systématique de pièces justificatives, l'organisation optimale du travail et conséquemment, un traitement et un paiement plus rapides de ces demandes. De plus, un plan de contrôle prévoyant différentes mesures permettra de s'assurer que les services ont été effectivement rendus et qu'ils sont conformes à la réglementation et aux ententes. Ce plan a été présenté aux autorités de la Régie.

Finalement, la recommandation visant à encadrer davantage le processus de conception et de production des aides à la posture a mené à la définition de ce processus. Au cours de la prochaine année, la Régie poursuivra les travaux nécessaires à la mise en vigueur des principes qui l'encadrent.

La gestion de la sécurité informatique
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en juin 2004) Tome I, chapitre 4

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat visant, d'une part, à établir si la sécurité informatique bénéficiait d'un encadrement approprié tant à l'échelle gouvernementale qu'à celle des ministères ou organismes et, d'autre part, à évaluer si ces derniers avaient mis en place les composantes majeures en vue d'assurer la protection de leurs actifs informationnels.

Bien qu'il ait jugé que la Régie avait fait la plupart des gestes attendus et que l'information numérique et les échanges électroniques étaient généralement bien protégés contre les menaces les plus courantes, le Vérificateur général du Québec a fait 18 recommandations à la Régie. Une trentaine d'actions ont été proposées pour y donner suite. Ainsi, au 31 mars 2010, 16 de ces recommandations étaient appliquées.

La recommandation portant sur la continuité de service lors d'un sinistre a donné lieu à une révision de la stratégie en la matière et à l'élaboration d'un plan de mise en œuvre.

Quant à la recommandation concernant le contrôle de l'activité des systèmes informatiques, il importe de souligner qu'elle a aussi mené à d'importants travaux à ce jour. Ainsi, un cadre de gestion s'appuyant sur les meilleures pratiques internationales recommandées a été établi et des travaux relativement à sa mise en place sont en cours.

Le régime général d'assurance médicaments
Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004
(déposé en décembre 2004) Tome II, chapitre 2

En 2004, le Vérificateur général du Québec a rempli un mandat de vérification portant sur la gestion du régime général d'assurance médicaments. Cette démarche, en plus de toucher particulièrement la Régie, visait également le ministère de la Santé et des Services sociaux, Revenu Québec et le Conseil du médicament.

En 2010, le Vérificateur général a effectué un suivi des recommandations qu'il avait formulées. La Régie a donné suite à la majorité d'entre elles et a pris bonne note de l'appréciation et des commentaires du Vérificateur général.

En outre, l'objectif 2 du Plan stratégique 2009-2013 vise à informer les citoyens des obligations relatives à l'assurance médicaments et à faciliter l'accès à ses bénéfices. La reddition de comptes présentée dans la section « Les résultats 2009-2010 » répond à la préoccupation du Vérificateur général d'exposer davantage la prise en compte des risques clés.

La Régie considère que seule une modification à la Loi sur l'assurance maladie permettrait de vérifier auprès des personnes assurées que les services facturés ont été effectivement rendus. Elle envisage la possibilité d'integrer ce changement dans les prochaines modifications législatives.

Les ressources de la Régie

SECTION 4

Cette section fournit des renseignements sur les ressources humaines, informationnelles et financières de la Régie. D'entrée de jeu y est présenté un portrait du personnel et de l'environnement de travail dans lequel il évolue. Les renseignements sur l'utilisation des ressources informationnelles et les principales réalisations en ce domaine viennent ensuite. Suivent les renseignements sur les ressources financières de la Régie et ses états financiers. La section se termine par le rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments et les états financiers reliés.

Ressources humaines 67

Ressources informationnelles 69

Ressources financières 71

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2010 77

Rapport d'activité 2009-2010 sur le régime général d'assurance médicaments 88

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2010 95

Ressources humaines

LE PERSONNEL

Une vue d'ensemble de l'effectif

	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Nombre d'équivalents temps complet utilisés[22]	1 490	1 412	1 389

Au 31 mars 2010, la Régie a utilisé 1 389 équivalents temps complet, ce qui se traduit par 1 506 employés fournissant des services à la population, dont 1 099 employés réguliers.

La diminution observée pour le nombre d'équivalents temps complet utilisés s'explique par l'orientation gouvernementale en matière de réduction des effectifs.

	Nombre d'employés		
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Président-directeur général et vice-présidents	-	5	5
Personnel d'encadrement	72	64	68
Personnel professionnel	528	506	504
Personnel technicien	508	520	498
Personnel de bureau	444	423	423
Personnel ouvrier	7	7	8
Total	**1 559**	**1 525**	**1 506**

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'année financière 2009-2010 marque le début à la Régie de la démarche menant à la certification Entreprise en santé prévue pour juin 2011. Cette dernière vise le maintien et l'amélioration durable de la santé des personnes au travail assurant à la Régie qu'elle dispose d'un personnel mobilisé pour soutenir l'accomplissement de sa mission.

Dans le même esprit, la Régie privilégie le dialogue avec les différents groupes qui la composent. Cette volonté d'encourager le partenariat et les discussions se concrétise par des rencontres régulières des comités ministériels de relations professionnelles et par certaines rencontres spéciales avec ses partenaires syndicaux.

La Régie offre également les services suivants en matière de santé et de sécurité au travail :

- programme d'aide aux employés;
- conseils en ergonomie et en hygiène au travail;
- prévention et traitement des dossiers d'accidents de travail et de maladies professionnelles;
- prévention en matière de violence et de harcèlement psychologique au travail;
- coordination des mesures d'urgence;
- recrutement et formation des secouristes;
- prélèvements sanguins et conseils individuels en matière d'habitudes de vie.

22. Le nombre d'équivalents temps complet (ETC) utilisés traduit le volume de main-d'œuvre rémunérée durant une année financière. Par ailleurs, l'ETC se définit comme le rapport entre le traitement versé à une personne pendant l'année financière et le traitement annuel prévu selon son classement. Un employé qui travaillerait quatre jours sur cinq, par exemple, représenterait 0,8 équivalent temps complet pour l'organisation.

Ces réalisations, jumelées au dévouement, à l'engagement et au professionnalisme du personnel de la Régie, témoignent de l'énergie déployée pour favoriser le maintien d'un milieu de travail sain et valorisant.

Le développement du personnel

Dans le contexte actuel, la Régie fait face à des défis d'attraction et de rétention de main-d'œuvre importants. Le développement et le maintien des compétences nécessaires pour offrir des services de qualité deviennent incontournables.

Au 31 mars 2010, plus de 2,8 millions de dollars ont été investis par la Régie pour la formation et le développement des compétences de son personnel dont 775 000 $ ont été alloués aux activités de développement continu dans divers domaines d'expertise. Le montant total des dépenses de formation admissibles représente 3,73 % de la masse salariale de la Régie. Ce pourcentage dépasse, encore cette année, la cible minimale de 1 % prescrite par la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre[23], et ce, afin d'être à la hauteur des besoins de l'organisation.

L'éthique, une préoccupation fondamentale

Au cours de 2009-2010, la Régie a poursuivi la mise en œuvre de son plan d'action 2008-2010 en matière d'éthique. Elle a accentué l'intégration des valeurs organisationnelles à sa documentation. De plus, le dépliant Déclaration de valeurs de la Régie a été actualisé et diffusé auprès du personnel et sur le site Internet de la Régie.

Par ailleurs, le répondant en éthique de la Régie a été appelé à donner son avis sur divers dossiers organisationnels, soit en participant à des comités formels ou dans le cadre de consultations de la part des gestionnaires responsables des dossiers. Il a également offert ses conseils aux gestionnaires ou aux membres du personnel de la Régie qui en ont fait la demande, concernant des situations particulières.

23. L.R.Q., c. D-8.3.

Ressources informationnelles

L'APPORT DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Les technologies de l'information, omniprésentes dans les activités de la Régie, soutiennent l'automatisation de plusieurs processus opérationnels de l'organisation.

Plusieurs des actions prévues dans le Plan stratégique 2009-2013 font grandement appel aux technologies de l'information :

- la modernisation de la carte d'assurance maladie;
- l'inscription en ligne à l'assurance médicaments;
- la mise en place d'un portail spécialisé pour les professionnels de la santé;
- la facturation en ligne pour les dispensateurs d'aides techniques;
- la contribution de la Régie au déploiement du Dossier de santé du Québec.

Les technologies de l'information doivent, en outre, assurer le maintien de la qualité et la continuité des opérations de la Régie. Grâce à celles-ci, la Régie peut produire, bon an mal an, plus de 2 millions de cartes d'assurance maladie. De plus, elle est dotée d'une robuste infrastructure permettant de soutenir ses activités, principalement le traitement des demandes de paiement (près de 220 millions) et la rémunération des professionnels de la santé pour les services qu'ils rendent. Elle offre également, en complémentarité aux modes de prestation de services traditionnels (soit le courrier ou le téléphone), plusieurs services en ligne qui permettent, de façon sécuritaire, aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé d'accéder à différentes informations et d'effectuer des transactions. En constante évolution, cette offre est adaptée en fonction des besoins des clientèles de la Régie.

LES PRINCIPALES RÉALISATIONS EN 2009-2010

Les technologies de l'information en soutien au réseau de la santé et des services sociaux

Au cours de l'année 2009-2010, la Régie a poursuivi sa contribution à la mise en place du Dossier de santé du Québec en réalisant les solutions technologiques attendues.

En outre, depuis plusieurs années, la Régie se voit confier, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la gestion et l'exploitation de certaines banques de données. Ces données servent notamment au Ministère et aux différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre d'évaluations de programmes et d'activités de recherche. En 2009-2010, des travaux réalisés ont notamment permis de recevoir les données concernant les activités en CLSC pendant la période de pandémie de grippe A (H1N1). Des travaux ont aussi contribué à concrétiser le registre des traumatismes et la banque de données sur les services rendus en centres jeunesse. La protection des renseignements personnels ainsi que la confidentialité et la sécurité de l'information ainsi recueillies font l'objet d'une attention de tous les instants.

L'expertise de la Régie en technologies de l'information lui a par ailleurs permis d'assurer un soutien logistique au Centre de relations avec la clientèle de Services Québec, lors de la période de vaccination contre la grippe A (H1N1). La Régie a redirigé vers ses préposés aux renseignements les appels de Services Québec pour assurer un service adéquat à la clientèle.

La modernisation des actifs et des processus des technologies de l'information

En 2009-2010, la Régie a exécuté des travaux pour déterminer les nouveaux besoins en matière d'infrastructures qui devront être comblés au cours des prochaines années. Cet exercice annuel assure à la Régie la stabilité et le maintien de la qualité de sa prestation de services en lui permettant de tenir à jour les infrastructures en place et en limitant le risque de désuétude.

Dans cette foulée, la Régie a entrepris divers travaux visant à moderniser ses infrastructures technologiques :

- l'installation des technologies permettant d'ajouter un code à barres sur la carte d'assurance maladie;
- la mise en place des outils et de l'infrastructure requise pour élaborer les différents portails devant favoriser l'accès aux services en ligne de la Régie par ses employés, ses clientèles et ses partenaires;
- la mise à niveau de son atelier de développement afin de se positionner avantageusement pour ses développements futurs et la modernisation de ses services;
- la poursuite de la consolidation des infrastructures, soit le regroupement des ressources informatiques sur un minimum d'équipements, dans le but d'optimiser les coûts d'entretien qui y sont associés et de soutenir la croissance des besoins.

De plus, comme chaque année, la Régie s'assure d'entretenir et de faire évoluer ses différents systèmes informatiques. Ces travaux sont requis de façon continue, soit pour intégrer les différentes modifications législatives et administratives, soit pour maintenir ou améliorer la performance des opérations et des services aux clientèles.

Dans le contexte actuel de changement organisationnel et gouvernemental lié à la rareté de la main-d'œuvre dans le domaine des technologies de l'information, la Régie doit se donner une vision sur cinq ans et se doter d'une stratégie en matière de technologies de l'information pour mettre en œuvre ses orientations stratégiques. La démarche d'évolution entreprise au cours de l'année 2009-2010 à cet effet s'articule autour de trois axes, soit :

- l'évolution de son offre de services en matière de technologies de l'information;
- l'amélioration de certains processus clés en matière de gestion des ressources informationnelles;
- la détermination et le développement des compétences requises pour son personnel en technologie de l'information.

Ressources financières

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé, le Fonds de l'assurance médicaments ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

LES SOURCES DE FINANCEMENT

LES SOURCES DE FINANCEMENT (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Fonds des services de santé	3 542 714	3 706 630	3 952 185	4 406 362	4 905 940
Fonds de l'assurance médicaments	2 456 118	2 672 243	2 895 823	3 034 944	3 205 769
Gouvernement du Québec	284 754	309 521	337 472	370 362	403 906
Commission de la santé et de la sécurité du travail	77 891	85 067	87 821	115 287	91 082
Ententes réciproques avec les autres provinces	32 707	32 923	36 839	32 716	40 615
Autres sources	9 017	8 484	8 890	10 266	10 600
Total	**6 403 201**	**6 814 868**	**7 319 030**	**7 969 937**	**8 657 912**

Entre 2005-2006 et 2009-2010, le financement nécessaire au régime d'assurance maladie, au régime public d'assurance médicaments et aux programmes confiés a augmenté en moyenne de 7,8 % par année.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé afin de répondre notamment aux besoins financiers de la Régie pour l'administration des programmes qui lui sont confiés en lui transmettant les sommes nécessaires à l'équilibre des sources de financement et des dépenses relatives au régime d'assurance maladie. Le Fonds est alimenté principalement par les cotisations des employeurs perçues par Revenu Québec. Le taux de cette cotisation varie de 2,70 % à 4,26 % inclusivement, selon la masse salariale totale. La seconde source de revenus du Fonds des services de santé est constituée d'une partie des taxes et impôts versés au Fonds consolidé du revenu.

Le Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments a pour objet d'assumer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux, soit les adhérents, ainsi qu'aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours. Le Fonds est alimenté principalement par une partie des impôts et taxes versés au Fonds consolidé du revenu. Le reste provient des primes payées par les adhérents au régime et par les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Le gouvernement du Québec

Conformément à certains accords conclus avec la Régie, le gouvernement du Québec finance des programmes confiés principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent leur profession dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les ententes réciproques avec les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec le coût des services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Diverses autres sources contribuent au financement de la Régie, notamment :

- le recouvrement, auprès des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie;
- le remplacement de cartes d'assurance maladie perdues et la prise de photographies;
- la diffusion d'information et de statistiques.

LE COÛT DES PROGRAMMES

La Régie administre les programmes établis par la Loi sur l'assurance maladie et le régime public d'assurance médicaments.

Elle administre aussi, pour le compte du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des programmes qui lui sont confiés en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Dans le tableau qui suit, l'évolution du coût des programmes au cours des cinq dernières années est présentée selon la classification utilisée aux états financiers, avant le recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Services médicaux[24]	3 410 161	3 571 571	3 810 522	4 286 051	4 723 773
Médicaments et services pharmaceutiques[24]	2 423 400	2 638 305	2 864 694	3 002 840	3 171 834
Services hospitaliers	140 917	151 849	167 021	178 875	201 758
Aides techniques	109 337	127 667	129 192	134 726	153 292
Services dentaires	104 795	103 821	114 998	121 884	136 695
Services d'aide domestique	42 080	45 715	51 809	57 936	60 445
Services optométriques	35 448	35 604	40 138	39 509	44 161
Autres	11 291	10 230	13 041	14 603	14 820
Total	**6 277 429**	**6 684 762**	**7 191 415**	**7 836 424**	**8 506 778**

Entre 2005-2006 et 2009-2010, les coûts des programmes ont augmenté en moyenne de 7,9 % par année.

Services médicaux (rémunération des médecins)

Le tableau suivant illustre la dépense en services médicaux dispensés par les spécialistes, les omnipraticiens et les résidents en médecine. Les dépenses qui ne peuvent pas être ventilées selon ces trois catégories de professionnels sont regroupées sous la rubrique « Autres ». Le détail des coûts des services médicaux est présenté à l'annexe 4.

24. En raison de l'importance des sommes apparaissant dans les catégories « Services médicaux » et « Médicaments et services pharmaceutiques », une ventilation en est présentée à la suite de ce tableau.

SERVICES MÉDICAUX (RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS)
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Médecins spécialistes	1 927 649	2 014 164	2 136 150	2 462 373	2 765 244
Médecins omnipraticiens	1 285 959	1 335 141	1 429 615	1 563 367	1 674 079
Résidents en médecine	122 146	130 108	144 362	158 005	170 034
Autres	74 407	92 158	100 395	102 306	114 416
Total	**3 410 161**	**3 571 571**	**3 810 522**	**4 286 051**	**4 723 773**

Entre 2005-2006 et 2009-2010, la rémunération des médecins a augmenté en moyenne de 8,5 % par année.

Médicaments et services pharmaceutiques

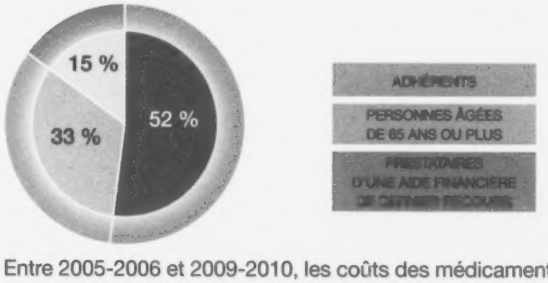
Le régime public d'assurance médicaments couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les adhérents, soit les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Le tableau ci-dessous présente la dépense en médicaments et services pharmaceutiques en fonction des catégories de bénéficiaires. Le détail des coûts des médicaments et services pharmaceutiques est présenté à l'annexe 4.

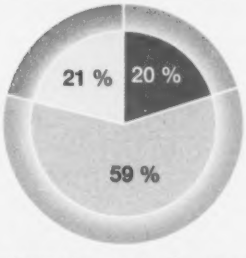
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Personnes âgées de 65 ans ou plus	1 377 326	1 509 623	1 650 647	1 748 652	1 855 761
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	543 930	580 492	629 485	652 128	680 182
Adhérents	498 238	545 541	581 849	599 237	632 822
Autres[25]	3 906	2 649	2 713	2 823	3 069
Total	**2 423 400**	**2 638 305**	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**

PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS
2009-2010



RÉPARTITION DES COÛTS RELATIFS AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS 2009-2010



Entre 2005-2006 et 2009-2010, les coûts des médicaments et services pharmaceutiques ont augmenté en moyenne de 7,0 % par année.

25. Il s'agit notamment des sommes versées assurant la gratuité des médicaments pour les infections transmissibles sexuellement, la contraception orale d'urgence, la chimioprophylaxie et la tuberculose. L'achat de places dans les résidences privées d'hébergement et le transport aux fins des thérapies parentérales font aussi partie de cette catégorie.

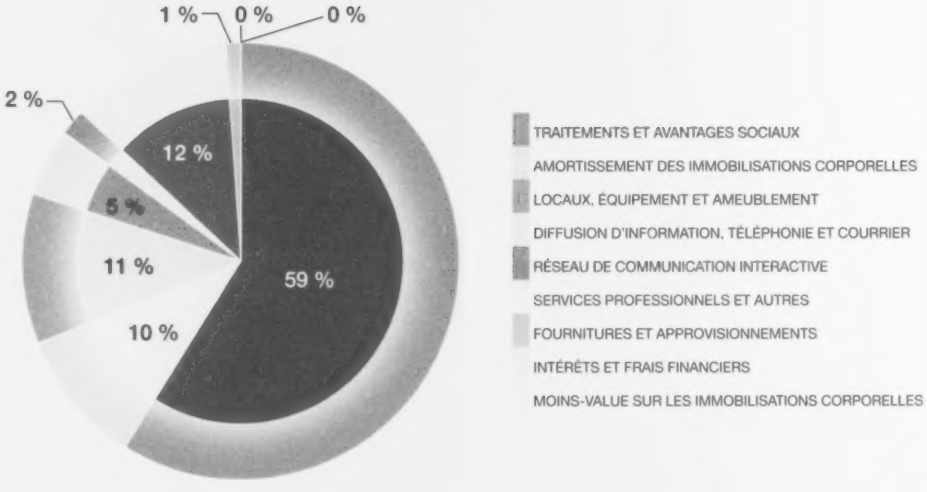
LES FRAIS D'ADMINISTRATION

La Régie engage des frais pour l'administration du régime d'assurance maladie, du régime public d'assurance médicaments ainsi que pour tout autre programme qu'une loi ou que le gouvernement lui confie.

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Traitements et avantages sociaux	85 474	91 937	86 955	85 603	93 132
Amortissement des immobilisations corporelles	12 882	14 991	14 044	15 486	15 973
Locaux, équipement et ameublement	14 085	15 028	11 756	13 130	16 666
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	8 027	7 099	7 550	7 558	7 975
Réseau de communication interactive	4 625	4 359	3 102	3 086	3 113
Services professionnels et autres	3 986	2 114	9 557	13 567	18 383
Fournitures et approvisionnements	2 155	1 684	1 938	1 786	1 858
Intérêts et frais financiers	534	145	161	157	422
Moins-value sur les immobilisations corporelles	-	-	-	2 569	452
Total	**131 768**	**137 357**	**135 063**	**142 942**	**157 974**

RÉPARTITION DES FRAIS D'ADMINISTRATION 2009-2010



Entre 2005-2006 et 2009-2010, les frais d'administration ont augmenté en moyenne de 4,6 % par année.

RATIO DES FRAIS D'ADMINISTRATION EN FONCTION DU COÛT DES PROGRAMMES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Frais d'administration de la Régie	131 768	137 357	135 063	142 942	157 974
Frais de perception du Fonds d'assurance médicaments	6 870	6 976	7 225	7 246	9 122
Frais financiers du Fonds d'assurance médicaments	11 420	15 391	15 888	9 302	1 359
Total des frais d'administration	150 058	159 724	158 176	159 490	168 455
Coût des programmes	6 277 429	6 684 762	7 191 415	7 836 424	8 506 778
Ratio	**2,39 %**	**2,39 %**	**2,20 %**	**2,04 %**	**1,98 %**

Les frais d'administration sont ceux qui apparaissent dans les états financiers de la Régie. Bien que la majeure partie des frais d'administration du Fonds de l'assurance médicaments en fasse partie, les frais de perception et les frais financiers de ce fonds sont des dépenses que l'on trouve uniquement dans les états financiers de ce dernier. Entre 2005-2006 et 2009-2010, on constate une diminution globale de 17,2 % du ratio des frais d'administration sur le coût des programmes.

États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2010

RAPPORT DE LA DIRECTION

La direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport annuel est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que les actifs sont convenablement protégés et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations de la Régie.

Le conseil d'administration est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de la Régie conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada et son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Marc Giroux, ASC

Québec, le 19 mai 2010

Le directeur du budget et des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance maladie du Québec au 31 mars 2010 et l'état du coût et du financement des programmes de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de la Régie au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance FCA auditeur

Renaud Lachance, FCA auditeur

Québec, le 19 mai 2010

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
COÛT ET FINANCEMENT DES PROGRAMMES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

	2010	2009
	(en milliers de dollars)	
COÛT DES PROGRAMMES (note 3)		
Services médicaux (note 15)	4 723 773	4 286 051
Médicaments et services pharmaceutiques (notes 4 et 15)	3 171 834	3 002 840
Services hospitaliers (note 5)	201 758	178 875
Aides techniques	153 292	134 726
Services dentaires (note 15)	136 695	121 884
Services d'aide domestique	60 445	57 936
Services optométriques (note 15)	44 161	39 509
Autres (note 6)	14 820	14 603
	8 506 778	7 836 424
Recouvrement auprès des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	6 840	9 429
	8 499 938	7 826 995
Frais d'administration (note 7)	157 974	142 942
	8 657 912	**7 969 937**
SOURCES DE FINANCEMENT		
Fonds des services de santé	4 905 940	4 406 362
Fonds de l'assurance médicaments	3 205 769	3 034 944
Gouvernement du Québec	403 906	370 362
Commission de la santé et de la sécurité du travail	91 082	115 287
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 5)	40 615	32 716
Autres sources	10 600	10 266
	8 657 912	**7 969 937**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
BILAN AU 31 MARS 2010

	2010	2009
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme		
Contributions à recevoir		
Fonds des services de santé	275 585	174 281
Fonds de l'assurance médicaments	281 630	234 020
Frais à récupérer (note 8)	188 565	240 939
Autres créances	36 183	32 060
	781 963	681 300
Immobilisations corporelles (note 9)	137 260	121 015
	919 223	802 315
PASSIF		
À court terme		
Effets bancaires en circulation	16 473	21 459
Services à payer (note 10)	765 859	669 299
Autres charges à payer et frais courus	43 767	37 780
Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 11)	66 394	48 997
	892 493	777 535
Provision pour congés de maladie et vacances (note 13)	26 730	24 780
	919 223	802 315

ENGAGEMENTS (note 14)
ÉVENTUALITÉS (note 15)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour la Régie,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général

Suzanne Delisle, CA, ASC
Membre du conseil d'administration
Présidente du comité de vérification

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2010

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, personne morale au sens du Code civil constituée par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre le régime général d'assurance médicaments. Elle administre aussi des parties de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont :

- la rémunération des résidents en médecine;
- le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec;
- l'exonération financière pour les services d'aide domestique;
- la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers.

La Régie paie les médecins ayant rendu des services professionnels dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance maladie provient du Fonds des services de santé.

Par ailleurs, le Fonds de l'assurance médicaments finance le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis :

- aux personnes de 65 ans ou plus;
- aux prestataires d'une aide financière de dernier recours;
- aux adhérents : toute personne admissible, autre que celles énumérées ci-dessus, qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Enfin, le gouvernement du Québec finance les parties de programmes confiées à la Régie par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En vertu de l'article 4 de sa loi constitutive, la Régie est mandataire de l'État et par conséquent n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu au Québec et au Canada.

2. Conventions comptables

La préparation des états financiers de la Régie, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation du coût des programmes et des sources de financement au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Les principaux éléments faisant l'objet d'estimations sont les services à payer, la durée de vie des immobilisations et la provision pour congés de maladie et vacances.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie de l'exercice. Par contre, les informations les plus pertinentes sont fournies dans les notes complémentaires aux états financiers.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, la Régie utilise prioritairement le Manuel de l'ICCA pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût.

La méthode de l'amortissement linéaire est utilisée en tenant compte de la valeur résiduelle de ces immobilisations, s'il y a lieu. Le développement de systèmes informatiques inclut le coût de la main-d'œuvre et des services professionnels ainsi que celui du matériel informatique et bureautique s'y rapportant.

Leur durée de vie utile a été établie comme suit :

Immeuble (siège social)	40 ans
Immeuble (améliorations majeures)	20 ans
Immeuble (rénovations)	10 ans
Améliorations locatives	5 ans
Ameublement, équipement de bureau	5 ans
Matériel informatique et bureautique	3 ans
Développements informatiques	5 ans
Développements informatiques – Dossier de santé du Québec	10 ans
Logiciels	3 ans

Régimes de retraite

La Régie ne possède pas l'information nécessaire à l'application de la méthode de comptabilisation des régimes à prestations déterminées.

Elle applique donc la méthode de comptabilisation des régimes à cotisations déterminées aux régimes interemployeurs gouvernementaux à prestations déterminées.

3. Coût des programmes

Le coût des produits et services par programme se répartit comme suit :

	2010	2009
Régime d'assurance maladie	4 895 876	4 432 737
Régime public d'assurance médicaments (note 4)	3 168 765	3 000 017
Autres	435 297	394 241
	8 499 938	**7 826 995**

4. Médicaments et services pharmaceutiques

	2010	2009
Régime public d'assurance médicaments		
Personnes de 65 ans ou plus	1 855 761	1 748 652
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	680 182	652 128
Adhérents	632 822	599 237
	3 168 765	3 000 017
Personnes admissibles à des programmes particuliers	3 069	2 823
	3 171 834	**3 002 840**

5. Services hospitaliers

	2010	2009
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	161 143	146 159
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	40 615	32 716
	201 758	**178 875**

6. Autres

	2010	2009
Bourses de recherche	14 452	13 942
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C	368	661
	14 820	**14 603**

7. Frais d'administration

	2010	2009
Traitements et avantages sociaux	93 132	85 603
Amortissement des immobilisations corporelles	15 973	15 486
Locaux, équipement et ameublement	16 666	13 130
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	7 975	7 558
Réseau de communication interactive	3 113	3 086
Services professionnels et autres	18 383	13 567
Fournitures et approvisionnements	1 858	1 786
Intérêts et frais financiers	422	157
Moins-value sur les immobilisations corporelles	452	2 569
	157 974	**142 942**

Du total de ces frais, un montant de 37,0 M$ (2009 : 34,9 M$) est assumé par le Fonds de l'assurance médicaments.

8. Frais à récupérer

	2010	2009
Gouvernement du Québec	144 516	150 757
Commission de la santé et de la sécurité du travail	35 736	81 418
Services hospitaliers dus par d'autres provinces	8 313	8 764
	188 565	**240 939**

9. Immobilisations corporelles

			2010	2009
	Coût	Amortissement cumulé	Net	Net
Terrain	1 000	-	1 000	1 000
Immeuble (siège social)	26 457	11 587	14 870	11 971
Immeuble (améliorations majeures)	2 640	220	2 420	2 553
Immeuble (rénovations)	19 761	8 368	11 393	12 853
Améliorations locatives	442	221	221	291
Ameublement, équipement de bureau	2 153	1 676	477	535
Matériel informatique et bureautique	15 635	10 177	5 458	6 762
Développements informatiques	57 423	29 459	27 964	27 837
Développements informatiques - Dossier de santé du Québec	72 945 (1)	807	72 138	55 495
Logiciels	4 770	3 451	1 319	1 718
	203 226	**65 966**	**137 260 (2)**	**121 015**

Les acquisitions de l'exercice ont nécessité des déboursés de 32,7 M$ (2009 : 40,7 M$).

(1) Une réduction de valeur au montant de 0,5 M$ (2009 : 2,6 M$) a été constatée au cours de l'exercice 2009-2010.

(2) Le total des immobilisations comprend 79,9 M$ (2009 : 60,9 M$) de biens en développement pour lesquels aucun amortissement n'a été pris.

10. Services à payer

Les services à payer se composent des services médicaux et pharmaceutiques rendus par les professionnels de la santé, des montants forfaitaires attribuables à ces derniers de même que des coûts payables à diverses clientèles relativement aux programmes d'aides techniques ou domestiques.

Le montant représente principalement une estimation du coût des demandes de paiement qui sont en processus de traitement au 31 mars et du coût de celles qui seront produites après le 31 mars mais qui concernent des services reçus avant cette date.

11. Emprunt sur billet du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2010	2009
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 0,86% échéant le 30 septembre 2010	66 394	
Emprunt sur billet, d'un maximum de 131 M$, à taux fixe de 0,70 % échéant le 27 avril 2009		48 997
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	273	944

12. Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans les états financiers et qui sont comptabilisées à leur valeur d'échange, la Régie est apparentée à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. La Régie n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers.

13. Avantages sociaux futurs

Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les cotisations de la Régie imputées aux résultats de l'exercice se chiffrent à 4,3 M$ (2009 : 4,3 M$) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. Par ailleurs, les cotisations pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 5,0 M$ (2009 : 4,9 M$) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes « Services médicaux », « Services dentaires » et « Services optométriques ». Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations pour services courants à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

La méthode d'évaluation des obligations relatives aux congés de maladies accumulés est une méthode actuarielle qui tient compte de la répartition des prestations constituées.

Les hypothèses économiques à long terme utilisées pour déterminer la valeur actuarielle des obligations sont les suivantes :

- Taux d'inflation : 2,75 %
- Progression des salaires nette d'inflation : 0,50 %
- Taux d'actualisation :
  - Taux moyen pondéré du coût d'emprunt : 4,72 %

	2010	2009
Solde au début	24 780	28 717
Augmentation (diminution) nette due à des arrivées et des départs d'employés ainsi qu'à une variation du taux d'actualisation	2 559	(994)
Charges	9 139	5 430
Utilisation	(9 748)	(8 373)
Solde à la fin	**26 730**	**24 780**

14. Engagements

Au 31 mars 2010, les engagements contractuels minimaux exigibles pour l'acquisition de biens et services relatifs à des contrats d'approvisionnement se détaillent comme suit :

2011	30 604
2012	9 694
2013	5 028
2014	3 460
2015	285
	49 071

15. Éventualités

Services médicaux, dentaires, optométriques, médicaments et services pharmaceutiques

Les ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec prévoient une enveloppe budgétaire annuelle globale à être versée à leurs membres pour leurs services. Les ententes précisent, qu'advenant une non-atteinte de cette enveloppe budgétaire, les montants ainsi rendus disponibles sont alors affectés aux fins retenues par les parties, selon les modalités que celles-ci déterminent et, qu'advenant un dépassement, un remboursement doit être effectué au cours de la période subséquente.

Concernant les ententes avec les fédérations représentant les médecins omnipraticiens ou les médecins spécialistes, ainsi que l'association regroupant les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, la compilation finale des coûts réels, par rapport à ceux prévus aux ententes pour la période du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, ne pourra être terminée qu'à l'automne 2010. En conséquence, la Régie ne peut évaluer s'il y aura non-atteinte ou dépassement des enveloppes budgétaires allouées pour cette période.

16. Reclassement

Certains chiffres de 2009 ont été reclassés afin qu'ils soient conformes à la présentation adoptée en 2010.

Rapport d'activité 2009-2010 sur le régime général d'assurance médicaments

OBJET ET MODALITÉS D'APPLICATION DU RÉGIME

En vertu de l'article 2 de la Loi sur l'assurance médicaments, le régime général d'assurance médicaments a pour objet d'assurer à l'ensemble de la population du Québec un accès raisonnable et équitable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes. Tous les résidents du Québec doivent détenir une couverture d'assurance médicaments offerte soit par un régime collectif privé, soit par le régime public administré par la Régie.

PERSONNES COUVERTES PAR LE SECTEUR PRIVÉ

Les adultes ayant accès à un régime privé d'assurance médicaments doivent y souscrire pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint et leurs enfants. Tous les médicaments inscrits sur la *Liste de médicaments* doivent être couverts par les régimes privés.

Pour la période allant du 1er juillet 2009 au 30 juin 2010, la coassurance ne peut dépasser 32 % du coût des médicaments, et la contribution maximale (franchise et coassurance) doit être d'au plus 954 $ par adulte par année. Ce pourcentage et ce montant sont indexés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement fixés par la Régie, qui doit tenir compte de certaines règles déterminées par règlement du gouvernement.

Une personne qui change de régime en cours d'année n'a pas à débourser plus que la contribution maximale qui lui est applicable. Ainsi, si elle change d'employeur, elle peut entreprendre des démarches pour que le cumul de ses contributions soit transféré chez le nouvel assureur.

INSCRIPTION AU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours, les personnes de 65 ans ou plus et les autres personnes qui n'ont pas accès à un régime privé doivent être inscrits au régime public d'assurance médicaments. Au 31 mars 2010, plus de 1,7 million de personnes non couvertes par un régime privé s'étaient inscrites au régime public d'assurance médicaments à titre d'adhérents, auxquelles il faut ajouter environ 495 000 prestataires d'une aide financière de dernier recours et 1 047 000 personnes de 65 ans ou plus.

Les personnes de 65 ans ou plus ayant accès à un régime privé d'assurance collective peuvent être couvertes en totalité par celui-ci si elles le souhaitent, à condition que la couverture des médicaments soit au moins équivalente à celle qu'offre le régime public. En 2009-2010, 81 324 d'entre elles[26] ont décidé de maintenir leur adhésion à un régime privé.

26. Il s'agit de la moyenne mensuelle.

PARTICIPATION FINANCIÈRE DES PERSONNES COUVERTES PAR LE RÉGIME PUBLIC

Prime annuelle

Les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent payer une prime établie en fonction de leur revenu. Pour la période allant du 1er juillet 2009 au 30 juin 2010, la prime maximale est de 585 $ par adulte.

Contribution mensuelle

Au moment de l'achat, les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments doivent contribuer au coût de leurs médicaments et des services pharmaceutiques. Elles le font sous la forme d'une franchise[27] et d'une coassurance[28], et ce, jusqu'à l'atteinte de leur contribution mensuelle maximale.

Le 1er juillet 2009, la franchise est passée de 14,30 $ à 14,95 $ par mois et la coassurance, à 32 % pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus.

En ce qui concerne la contribution maximale, elle varie en fonction des différentes clientèles :

- 79,53 $ par mois (954 $ par année) pour les adhérents adultes et les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun Supplément de revenu garanti;
- 49,97 $ par mois (600 $ par année) pour les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal (Supplément de revenu garanti partiel).

En vertu de la loi, les paramètres de contribution (franchise, coassurance et contribution maximale) ainsi que la prime peuvent être modifiés le 1er juillet de chaque année selon les taux d'ajustement que fixe la Régie en tenant compte de l'accroissement des coûts du régime.

Personnes exemptées

Les personnes de 65 ans ou plus qui reçoivent le Supplément de revenu garanti maximal et les adhérents qui ont un revenu équivalent sont exemptés du paiement de la prime. Il en est de même, depuis 2007, pour les personnes de 65 ans ou plus recevant 94 % ou plus du montant maximal du Supplément de revenu garanti.

Les enfants de moins de 18 ans inscrits au régime public d'assurance médicaments ne paient ni prime ni contribution à l'achat de médicaments à la pharmacie. Cela s'applique également aux personnes atteintes d'une déficience fonctionnelle survenue avant 18 ans, à tous les prestataires d'une aide financière de dernier recours ainsi qu'aux personnes de 18 à 25 ans aux études à temps plein qui n'ont pas de conjoint et dont les parents sont inscrits au régime public.

27. La franchise est un montant fixe qui constitue la première tranche du coût des médicaments que doit payer la personne assurée à l'achat de médicaments couverts.

28. La coassurance est le pourcentage (ou la portion) du coût des médicaments qu'une personne assurée doit verser une fois la franchise payée. Autrement dit, lorsque le coût des médicaments dépasse celui de la franchise, la personne paie seulement une portion de l'excédent. C'est cette portion qu'on appelle la coassurance.

FINANCEMENT DU RÉGIME

Financement mixte

Le régime public d'assurance médicaments couvre environ 3,3 millions de personnes, tandis que 4,6 millions de personnes sont couvertes par des régimes privés que gèrent des assureurs ou des administrateurs de régimes d'avantages sociaux.

Le régime public est financé à même les crédits alloués à cet effet par le gouvernement et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes ou de sommes dues. Les régimes privés sont financés par les employeurs et les employés qui versent des primes.

Les gestionnaires des régimes privés doivent mettre en commun les risques accrus découlant de l'application du régime général d'assurance médicaments. Pour ce faire, une approche de mutualisation comportant des seuils de mise en commun établis selon la taille du groupe a été retenue, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments. Cette formule reconnaît un niveau de risque acceptable pour un groupe donné. L'étendue de la mutualisation a été fixée en fonction de la capacité d'un groupe à absorber une augmentation de prime. Les modalités appliquées sont communiquées annuellement au ministre de la Santé et des Services sociaux et ont, jusqu'ici, été reconnues conformes aux dispositions de la loi.

Mesures pour la récupération de sommes dues

Dans le cadre du plan gouvernemental pour assurer la viabilité du régime public d'assurance médicaments, des mesures ont été prises en 2002, conjointement avec Revenu Québec, afin de récupérer certaines sommes dues. Les efforts visent à régulariser notamment la situation des personnes qui sont couvertes par le régime public tout en étant admissibles à une assurance collective, et celle des personnes couvertes par le régime public qui ont omis de payer la prime au moment de produire leur déclaration de revenus. Les sommes récupérées en 2009-2010 totalisent 30,5 millions de dollars : 21,7 millions proviennent de la récupération de primes et 8,8 millions, du renforcement des contrôles de l'admissibilité. Ces sommes ont été versées au Fonds de l'assurance médicaments.

Entente administrative

Une nouvelle entente est intervenue entre la Régie et Revenu Québec concernant la perception de la prime d'assurance médicaments et les activités connexes; elle est entrée en vigueur le 1er avril 2009.

Fonds de l'assurance médicaments

Le Fonds de l'assurance médicaments sert à payer le coût des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie et à leurs enfants. Les frais d'administration liés à la perception de la prime et à la gestion du régime public sont prélevés du Fonds.

La prime annuelle que doivent payer, en fonction de leur revenu, les adhérents et les personnes de 65 ans ou plus constitue l'une des sources de revenus du Fonds. Cette prime est calculée et perçue par Revenu Québec au moment de la production de la déclaration de revenus de l'année civile visée. Puisqu'il y a un décalage entre le moment où la prime est payée et celui où le Fonds assume le coût des médicaments et des services pharmaceutiques, celui-ci reçoit des avances du ministère des Finances pour pallier le déficit de liquidités. Comme il a été mentionné précédemment, un mécanisme permet d'ajuster la prime maximale le 1er juillet de chaque année de façon qu'il soit possible de faire face aux obligations rattachées au Fonds.

Une autre source de revenus du Fonds provient des sommes relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles sont versées en compensation de la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments ou conformément aux ententes de partage de risques financiers et aux ententes prévoyant la mise en place de mesures compensatoires. Enfin, le financement du Fonds de l'assurance médicaments est complété par des sommes que verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu permettant le paiement global des obligations prévues par le Fonds. Ces sommes sont toutefois limitées aux coûts générés par les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes de 65 ans ou plus.

COÛT DU RÉGIME PUBLIC

Le coût total des médicaments et des services pharmaceutiques fournis à l'ensemble des personnes assurées par la Régie a atteint 3 910 millions de dollars au cours de l'année se terminant le 31 mars 2010. L'accroissement du coût du régime public a connu une augmentation en 2009-2010 (5,9 %) un peu plus élevée par rapport à l'exercice 2008-2009 (4,8 %). Le coût indiqué ici ne tient pas compte des récupérations de sommes dues et autres ajustements comptables tel que reflété dans les états financiers du Fonds[29].

En 2009-2010, les contributions (franchise et coassurance) des personnes assurées se sont élevées à 724 millions de dollars, soit 18,5 % du coût total du régime public, tandis que la part du régime (coût total moins contributions des personnes assurées) se situait à 3 186 millions de dollars ou à 81,5 % du coût total.

Les facteurs qui expliquent la hausse du coût total du régime public sont l'augmentation du nombre de jours-ordonnances par participant (soit la somme des jours de traitement pour les ordonnances soumises divisée par le nombre de participants), ainsi que la hausse du nombre de participants et du coût brut par jour-ordonnance.

Facteurs de croissance du coût total des médicaments du régime public d'assurance médicaments en 2009-2010 par rapport à 2008-2009	Variation
Nombre de jours-ordonnances par participant	3,19 %
Nombre de participants	1,65 %
Coût brut par jour-ordonnance	0,93 %

29. Pour plus de détails, voir les conventions comptables des états financiers du Fonds de l'assurance médicaments à la page 99.

COÛT DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE MÉDICAMENTS D'AVRIL 2009 À MARS 2010

	Nombre de participants[30]	Coût total	Part assumée par le régime		Contribution des personnes assurées	
		M$	M$	%	M$	%
Prestataires d'une aide financière de dernier recours						
Adultes	297 506	663,7	663,7	100,0	-	-
Enfants de moins de 18 ans	66 342	18,0	18,0	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	4 910	1,5	1,5	100,0	-	-
Total partiel	368 758	683,2	683,2	100,0	-	-
Personnes de 65 ans ou plus						
Recevant au moins 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	67 658	195,4	195,4	100,0	-	-
Recevant moins de 94 % du Supplément de revenu garanti maximal	391 731	1 025,9	838,4	81,7	187,5	18,3
Ne recevant aucun Supplément de revenu garanti	541 077	1 127,8	825,0	73,2	302,8	26,8
Total partiel	1 000 466	2 349,1	1 858,8	79,1	490,3	20,9
Adhérents						
Adultes	908 161	815,5	581,7	71,3	233,8	28,7
Enfants de moins de 18 ans et personnes à charge handicapées	198 071	50,2	50,2	100,0	-	-
Personnes aux études à temps plein, de 18 à 25 ans, sans conjoint	35 364	11,6	11,6	100,0	-	-
Total partiel	1 141 596	877,3	643,5	73,4	233,8	26,6
Sous-total	2 510 820	3 909,6	3 185,5	81,5	724,1	18,5
Autres[31]	-	(16,7)	(16,7)	100,0	-	-
Total	**2 510 820**	**3 892,9**	**3 168,8**	**81,4**	**724,1**	**18,6**

30. Un participant est une personne inscrite au régime public d'assurance médicaments qui s'est procuré un médicament sur ordonnance au moins une fois durant l'exercice 2009-2010.

31. Ce montant reflète la récupération des sommes auprès des personnes et d'autres ajustements comptables.

SUIVI DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

Depuis l'adoption de la Politique du médicament en 2007, des changements réglementaires ont été introduits pour permettre l'application de la Loi sur l'assurance médicaments.

Ententes avec les fabricants pharmaceutiques

La loi prévoit que la Régie rende compte de deux types d'ententes conclues avec les fabricants de médicaments par le ministre en vertu de l'article 52.1 de la Loi sur l'assurance médicaments. Il s'agit des ententes de contribution visant à atténuer l'impact financier des hausses de prix pour le régime public et des ententes de partage de risques financiers.

Depuis le 18 avril 2007, l'indexation permise par la Politique du médicament reflète l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Les taux d'indexation permis ont été fixés à 1,21 % en 2008, 2,36 % en 2009 et 0,48 % en 2010.

Au 31 mars 2010, 21 ententes étaient en vigueur et couvraient 65 fabricants.

ENTENTES AVEC LES FABRICANTS PHARMACEUTIQUES

	2009-2010	2008-2009
Nombre d'ententes	21	21
Nombre de fabricants visés par les ententes	65	65
Nombre de produits concernés	1 281	896
Sommes versées en application des ententes	8,6 M$	2,4 M$

Avantages autorisés à un pharmacien

Un fabricant de médicaments doit soumettre un prix de vente garanti pour chacun des médicaments qu'il souhaite faire inscrire sur la *Liste de médicaments*. Par son engagement, il doit respecter ce prix de vente garanti. Le remboursement au pharmacien propriétaire est basé sur ce prix de vente garanti.

Par ailleurs, depuis novembre 2007, le fabricant peut verser au pharmacien propriétaire certains avantages autorisés en vertu d'un règlement adopté à cet effet. Ces avantages, lorsque versés conformément au règlement, ne modifient pas le remboursement fait au pharmacien propriétaire selon le prix de vente garanti du fabricant. La nature de ces avantages est prévue par le règlement et varie selon qu'il s'agit de fabricants de médicaments innovateurs ou génériques. Dans le cas du fabricant de médicaments innovateurs, il n'y a pas de limites à la valeur des avantages accordés à un pharmacien dans la mesure où il s'agit d'un bien ou d'un service, puisqu'aucune somme ne peut lui être versée directement ou indirectement. Pour le fabricant de médicaments génériques, la valeur des avantages accordés ne doit pas être supérieure à 20 % de la valeur totale des ventes du fabricant au pharmacien propriétaire. S'il s'agit de sommes versées au pharmacien, celles-ci doivent être affectées aux usages prévus par le règlement.

Pour prouver qu'il respecte la limite prévue en matière d'avantages autorisés versés, chaque fabricant de médicaments génériques doit soumettre à la Régie un rapport au plus tard le 1er mars pour l'année se terminant le 31 décembre précédent. Ce rapport doit porter sur les ventes réalisées ainsi que les avantages consentis durant la même période. L'information requise doit être fournie pour chacune des pharmacies concernées. Il est à noter que le fabricant de médicaments innovateurs n'a pas à produire de rapport. De plus, la réglementation spécifie que le pharmacien propriétaire doit tenir à jour un registre de tous les avantages dont il a bénéficié.

Pour la première année d'application de la réglementation, les rapports de 30 fabricants de médicaments génériques ciblés ont été confrontés à 42 registres de pharmaciens afin d'évaluer le respect de la réglementation.

Pour la seconde année d'application, soit 2008, les rapports annuels de ces fabricants ont été comparés à une centaine de registres de pharmaciens obtenus au cours de l'été 2009.

Dans le même esprit, pour l'exercice 2010-2011, la Régie compte obtenir un nombre comparable de registres de la part des pharmaciens pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2009.

États financiers du Fonds de l'assurance médicaments de l'exercice terminé le 31 mars 2010

RAPPORT DE LA DIRECTION

Le Fonds de l'assurance médicaments est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec. La direction de la Régie est responsable de la préparation et de la présentation des états financiers du Fonds, y compris les estimations et jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les principes comptables généralement reconnus du Canada, ainsi que la garantie que l'information financière présentée ailleurs dans le rapport d'activité est conforme à celle contenue dans les états financiers.

La direction maintient un système de contrôles internes et applique un programme de vérification interne. De cette façon, elle obtient une assurance raisonnable que l'actif est convenablement protégé et que les registres comptables constituent une base adéquate à l'établissement d'états financiers objectifs et fiables donnant une juste représentation de la situation financière et des opérations du Fonds.

Le conseil d'administration de la Régie est responsable de l'examen et de l'approbation des états financiers du Fonds ainsi que de la surveillance quant à la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Le conseil d'administration est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification de la Régie.

La Régie reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires du Fonds conformément aux lois et règlements qui régissent ces deux entités.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers du Fonds conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cette vérification ainsi que l'expression de son opinion. Il peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Marc Giroux, ASC

Québec, le 19 mai 2010

Le directeur du budget et
des ressources financières,

Daniel Cloutier, CA

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

À l'Assemblée nationale

J'ai vérifié le bilan du Fonds de l'assurance médicaments au 31 mars 2010 et l'état des opérations de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Fonds au 31 mars 2010 ainsi que des résultats de son exploitation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada. Conformément aux exigences de la Loi sur le Vérificateur général (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces principes ont été appliqués de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance FCA auditeur

Renaud Lachance, FCA auditeur

Québec, le 19 mai 2010

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
OPÉRATIONS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

	2010	2009
	(en milliers de dollars)	
PRODUITS		
Contribution du Fonds consolidé du revenu	2 237 664	2 196 844
Primes – adhérents et personnes de 65 ans ou plus (note 3)	822 066	777 948
Moins : créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues (note 4)	4 981	-
	817 085	**777 948**
Compensation du gouvernement du Québec (note 5)	161 500	76 700
	3 216 249	**3 051 492**
CHARGES		
Contributions à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux :		
Personnes de 65 ans ou plus	1 855 761	1 748 652
Prestataires d'une aide financière de dernier recours	680 182	652 128
Adhérents	632 822	599 237
Frais d'administration		
Régie de l'assurance maladie du Québec (note 6)	37 004	34 927
Intérêts sur emprunt	1 358	9 302
Perception des primes par Revenu Québec (note 4)	9 122	7 246
	3 216 249	**3 051 492**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
BILAN AU 31 MARS 2010

	2010	2009
	(en milliers de dollars)	
ACTIF		
À court terme		
Primes à recevoir	**842 383**	**779 941**
PASSIF		
À court terme		
Dû à la Régie de l'assurance maladie du Québec	281 630	234 020
Dû à Revenu Québec	60	73
Intérêts courus	100	588
Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec (note 7)	560 593	545 260
	842 383	**779 941**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

Pour le Fonds,

Marc Giroux, ASC
Président-directeur général

Suzanne Delisle, CA, ASC
Membre du conseil d'administration
Présidente du comité de vérification

FONDS DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2010

(Les montants dans les tableaux sont exprimés en milliers de dollars.)

1. Constitution, objet et financement

Le Fonds de l'assurance médicaments a été institué en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5). Il a pour objet d'assumer le coût des médicaments et services pharmaceutiques fournis à toute personne admissible qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux.

Il est constitué des primes déterminées en fonction du revenu gagné au cours de l'année civile par toute personne, peu importe son âge, ne bénéficiant pas des garanties prévues en vertu d'une assurance collective ou d'un régime d'avantages sociaux.

Par contre, des exonérations de primes sont prévues dans la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5) et dans la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01) pour des catégories de personnes telles que les enfants, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et certaines personnes âgées.

Le Fonds consolidé du revenu verse une contribution pour équilibrer les produits et les charges. Elle ne peut excéder le total des montants remboursés à la Régie pour les services fournis aux personnes de 65 ans ou plus et aux prestataires d'une aide financière de dernier recours (contributions et frais d'administration).

Le Fonds est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et ses modes de gestion, de financement et d'opération sont stipulés dans sa loi constitutive. Selon cette loi, l'ensemble des sommes versées au Fonds doit permettre à long terme le paiement de ses obligations.

2. Conventions comptables

La préparation des états financiers du Fonds, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations. Le principal élément faisant l'objet d'une estimation est le produit provenant de primes.

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté puisqu'il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice.

Aux fins de la préparation de ses états financiers, le Fonds utilise prioritairement le Manuel de l'ICCA pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Primes

La valeur estimative des primes est inscrite aux produits en proportion de la période de couverture d'assurance écoulée au 31 mars.

Cette estimation est établie en fonction des primes réelles observées au cours de l'année civile antérieure et de l'évolution du nombre de personnes assurées.

Les ajustements entre la valeur estimative des primes et leur valeur réelle sont comptabilisés au cours de l'exercice où ils sont connus.

3. Primes

L'ajustement entre la valeur réelle des primes pour l'année civile 2008 et leur valeur estimative comptabilisée au 31 mars 2009, ainsi que d'autres ajustements pour des années antérieures à 2008, ont eu pour effet d'augmenter les primes de l'exercice en cours de 45,1 M$ (2009 : 48,9 M$).

L'estimation des primes se répartit comme suit :

	2010	2009
Adhérents	417 610	398 309
Personnes de 65 ans ou plus	404 456	379 639
	822 066	**777 948**

4. Frais reliés aux activités de perception des primes par Revenu Québec

	2010	2009
Frais d'administration (perception)	9 122	7 246
Frais inhérents aux comptes à recevoir :		
Créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues	4 981	-
	14 103	**7 246**

Revenu Québec est, selon la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, l'organisme chargé de percevoir les primes des adhérents et des personnes de 65 ans ou plus pour le Fonds de l'assurance médicaments. Dans le cadre de ce mandat, il facture au Fonds des frais d'administration ainsi que d'autres frais, reliés aux comptes à recevoir, qu'il doit supporter. Ces frais sont déterminés en fonction des dépenses réellement engagées par Revenu Québec. En vertu d'une entente signée en 2009 avec Revenu Québec, la réévaluation de ces frais est faite périodiquement et des mécanismes d'indexation sont prévus.

L'entente de 2009 avec Revenu Québec prévoit pour l'exercice se terminant le 31 mars 2010 et les suivants la prise en charge par le Fonds des frais des créances irrécouvrables reliées aux primes non perçues.

5. Compensation du gouvernement du Québec

Le ministère de la Santé et des Services sociaux verse cette compensation pour la non-application intégrale de la politique du prix le plus bas lors du remboursement du coût des médicaments. En effet, pour une période de quinze ans suivant l'inscription d'un médicament innovateur à la liste de médicaments, celui-ci est soustrait de l'application de cette politique.

6. Frais d'administration

Les frais d'administration imputés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les adhérents (toute personne qui n'a pas accès à un régime d'assurance collective ou d'avantages sociaux) ainsi que pour les personnes de 65 ans ou plus et les prestataires d'une aide financière de dernier recours sont indiqués dans le tableau suivant :

	Adhérents	Autres clientèles	2010	2009
Traitements et avantages sociaux	10 519	12 359	22 878	20 782
Amortissement des immobilisations corporelles	1 057	1 837	2 894	2 753
Locaux, équipement et ameublement	1 536	2 075	3 611	3 695
Diffusion d'information, téléphonie et courrier	848	1 012	1 860	1 936
Réseau de communication interactive	499	2 614	3 113	3 086
Services professionnels et autres	1 387	1 156	2 543	2 592
Fournitures et approvisionnements	16	75	91	72
Intérêts et frais financiers	7	7	14	11
	15 869	21 135	37 004	34 927

7. Emprunt sur billets du Fonds de financement du gouvernement du Québec

	2010	2009
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 630 M$, à taux fixes :		
Échéant le 16 avril 2010, au taux de 0,458 %	328 714	
Échéant le 16 avril 2010, au taux de 0,468 %	181 400	
Échéant le 16 avril 2010, au taux de 0,474 %	50 479	
Emprunt sur billets renouvelables d'un maximum de 630 M$, à taux fixes variant entre 0,70 % et 1,43 %		545 260
	560 593	545 260
Flux de trésorerie		
Intérêts versés	1 846	11 288

Les annexes

SECTION 5

Cette section regroupe des renseignements qui permettent de mieux comprendre la Régie et son mode de fonctionnement.

1- Lois et règlements principaux qu'applique la Régie 105

2- Programmes administrés par la Régie 107

3- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 115

4- Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie 121

Annexe 1
Lois et règlements principaux qu'applique la Régie

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ADMINISTRATION ET L'APPLICATION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE ET DE TOUT AUTRE PROGRAMME QUE LA LOI OU LE GOUVERNEMENT CONFIE À LA RÉGIE

- Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5).
- Règlements relatifs à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec :
  - Règlement [de la Régie] sur les conditions de transmission d'un document à la Régie de l'assurance maladie du Québec au moyen d'un support informatique ou par télécommunication (c. R-5, r.0.1 : décret 534-95 du 12 avril 1995);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime d'assurance maladie du Québec (R.R.Q., 1981, c. R-5, r.1);
  - Règlement [gouvernemental] sur les cotisations au régime général d'assurance médicaments (c. R-5, r.1.1 : décret 1454-99 du 15 décembre 1999);
  - Règlement [de la Régie] de régie interne de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. R-5, r.4 : décret 125-84 du 18 janvier 1984);
  - Règlement [de la Régie] intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec (en vigueur à la date de sa publication sur le site Internet de la Régie, le 2 octobre 2008).
- Loi sur l'assurance maladie (L.R.Q., c. A-29).
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance maladie :
  - Règlement [gouvernemental] sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (c. A-29, r.0.01 : décret 1470-92 du 30 septembre 1992);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides auditives et les services assurés (c. A-29, r.0.02 : décret 869-93 du 16 juin 1993);
  - Règlement [gouvernemental] sur les aides visuelles assurées en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.02.1 : décret 1403-96 du 13 novembre 1996);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appareils suppléant à une déficience physique et assurés en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (c. A-29, r.0.03 : décret 612-94 du 27 avril 1994);
  - Règlement [gouvernemental] sur les appels d'offres pour la fourniture de fauteuils roulants ou d'aides auditives (c. A-29, r.0.1 : décret 609-90 du 2 mai 1990);
  - Règlement [gouvernemental] d'application de la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.1);
  - Règlement [de la Régie] sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance maladie (R.R.Q., 1981, c. A-29, r.2);
  - Règles sur les honoraires et les allocations des membres des comités de révision et les frais administratifs afférents à ces comités (c. A-29, r.2.1 : décret 419-2005 du 4 mai 2005);
  - Arrêté ministériel concernant la liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé (c. A-29, r.3.4 : arrêté ministériel 96-07 du 28 novembre 1996);
  - Règlement sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession (c. A-29, r.4 : décret 1781-93 du 8 décembre 1993);
  - Tarifs des aides auditives et des services assurés (c. A-29, r.6 : décision du 8 février 2006);
  - Tarif des appareils suppléants à une déficience motrice et des services afférents assurés (c. A-29, r.7 : décision du 11 mars 2009).
- Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01).
- Règlements relatifs à la Loi sur l'assurance médicaments :
  - Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien (c. A-29.01, r.1.01 : décret 898-2007 du 17 octobre 2007);
  - Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments (c. A-29.01, r.1.1 : arrêté ministériel 1992 du 6 juillet 1992);

- Règlement concernant la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.1.2 : arrêté ministériel 2007-005 du 1er juin 2007);
- Règlement sur le régime général d'assurance médicaments (c. A-29.01, r.2 : décret 1519-96 du 4 décembre 1996).

• Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) :
- Règlement sur la contribution des usagers pris en charge par les ressources intermédiaires (c. S-4.2, r.0.2.1 : décret 98-2001 du 7 février 2001);
- Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (R.R.Q., 1981, c. S-5, r.1).

LOIS ET RÈGLEMENTS POUR L'ATTRIBUTION DES CONTRATS

• Loi sur les contrats des organismes publics (L.R.Q., c. C-65.1) :
- Règlement sur les contrats d'approvisionnement des organismes publics (c. C-65.1, r.1 : décret 531-2008 du 28 mai 2008);
- Règlement sur les contrats de travaux de construction des organismes publics (c. C-65.1, r.3 : décret 532-2008 du 28 mai 2008);
- Règlement sur les contrats de services des organismes publics (c. C-65.1, r.2 : décret 533-2008 du 28 mai 2008).

• Loi sur l'administration financière (L.R.Q., c. A-6.001).
• Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01).
• Loi sur le Centre de services partagés du Québec (L.R.Q., c. C-8.1.1).
• Loi sur les services gouvernementaux aux ministères et organismes publics (L.R.Q., c. S-6.1).
• Loi sur Services Québec (L.R.Q., c. S-6.3).

LOIS ET RÈGLEMENTS D'APPLICATION GÉNÉRALE

À titre d'exemples :

• Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30, r.0.1 : décret 824-98 du 17 juin 1998) :
- Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie (adopté par le conseil d'administration de la Régie le 10 mars 2010).

• Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) :
- Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1, r.0.2 : décret 408-2008 du 23 avril 2008);
- Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels (c. A-2.1, r.1.1 : décret 1856-87 du 9 décembre 1987).

• Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) :
- Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (R.R.Q., 1981, c. A-28, r.1).

• Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02).

Annexe 2
Programmes administrés par la Régie

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Services médicaux		
• déterminés par la Loi sur l'assurance maladie	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
• pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	CSST[32]
Services optométriques		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour les personnes assurées de moins de 18 ans et celles de 65 ans ou plus	26 mai 1993	
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	15 mai 1992	
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles[33]	1er octobre 1975	
• pour toutes les personnes assurées : examen partiel de la vision	9 septembre 1992	
• pour les personnes assurées de 16 ans ou moins : examen d'orthoptique	1er mars 1985	
Services de chirurgie buccale		
• déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
• pour toutes les personnes assurées		
Services dentaires		
• déterminés par règlement	1er mai 1974	Fonds des services de santé
• pour les enfants		
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	4 avril 1979	

32. Commission de la santé et de la sécurité du travail.

33. L.R.Q., c. A-13.1.1.

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Médicaments et services pharmaceutiques		
• déterminés par règlement et inscrits sur la *Liste de médicaments*	1er août 1972	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours		
• pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide financière de dernier recours, conformément à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er octobre 1975	Fonds de l'assurance médicaments
• pour les personnes de 65 ans ou plus qui n'adhèrent pas à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel, d'une profession ou de toute autre occupation habituelle, ou qui ne sont pas bénéficiaires d'un tel contrat ou d'un tel régime	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
• pour toute personne qui n'a pas accès à un contrat d'assurance collective ou à un régime d'avantages sociaux applicable à un groupe de personnes déterminé en raison d'un lien d'emploi ancien ou actuel ou de toute autre occupation habituelle, ou que nul n'est tenu de couvrir comme bénéficiaire	1er janvier 1997	Fonds de l'assurance médicaments
Appareils suppléant à une déficience physique		
• déterminés par règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience motrice, selon les conditions prévues par le règlement		
Aides visuelles		
• déterminées par règlement	30 novembre 1977	Fonds des services de santé
• pour les personnes aveugles et celles qui ont une basse vision, et qui sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement familier		
Aides auditives et aides de suppléance à l'audition		
• déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
• pour toute personne ayant une déficience auditive, selon les conditions prévues par le règlement		
Bourses de recherche		
• déterminées par règlement	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
• pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		

A. PROGRAMMES ADMINISTRÉS ET APPLIQUÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement
Bourses d'études		
• déterminées par règlement	11 juin 1975	Fonds des services de santé
• pour des étudiants en médecine, contre engagement à fournir, dès la fin de leur formation médicale, des services assurés dans un territoire désigné par le ministre		
• pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[34] et décret
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale, ou ayant une absence totale de formation du sein			
• versement tous les deux ans du montant forfaitaire pour compenser le coût lié à l'achat ou au remplacement d'une prothèse mammaire	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord MSSS[35]-RAMQ[36] Décret 1177-96
• remboursement tous les deux ans du coût excédant le montant forfaitaire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS[37]-RAMQ Décret 1187-96
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	MSSS	Accord MSSS-RAMQ AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les personnes assurées ayant besoin d'un œil artificiel			
• allocation pour l'achat ou le remplacement d'une prothèse, et montant forfaitaire pour son entretien et sa réparation	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1272-98
• remboursement du coût lié à l'achat, au remplacement ou à l'entretien qui excède l'allocation maximale pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er mars 1993		Accord MESS-RAMQ Décret 1273-98

34. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2010.

35. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

36. Régie de l'assurance maladie du Québec.

37. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[38] et décret
Appareils fournis aux stomisés permanents			
• remboursement d'un montant compensatoire annuel à toutes les personnes assurées	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1383-91
• remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er avril 1981		Accord MESS-RAMQ Décret 430-96
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes, domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord MSSS-RAMQ Décret 1405-87
Prothèses dentaires acryliques fournies par les denturologistes pour les prestataires d'une aide financière de dernier recours	9 avril 1979	Fonds des services de santé	Accord MESS-RAMQ Décret 427-96 Décret 812-2006
Services optométriques fournis aux personnes ayant une déficience visuelle et âgées de 18 ans ou plus mais de moins de 65 ans et inscrites dans un centre de réadaptation pour personnes ayant une déficience visuelle	15 mai 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1225-99
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1146-87
Médicaments et services pharmaceutiques pour les personnes atteintes d'infections transmissibles sexuellement	1er avril 1992	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 972-96
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1053-90
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant versé une prime en vertu d'un accord avec le ministre de la Santé et des Services sociaux	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord MSSS-RAMQ Décret 2547-82 Décret 608-83 Décret 474-95
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles	1er mai 1989	MESS	Accord MESS-RAMQ Décret 435-91

38. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2010.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[39] et décret
Rémunération de certains services professionnels dispensés par un médecin et couverts par la Loi sur le curateur public	15 avril 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1296-92
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus par le Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord MSP[40]-RAMQ Décret 144-91
Rémunération des professionnels de la santé pour les biens et les services rendus en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels	1er janvier 1981	CSST	Accord RAMQ-CSST Décret 3246-81
Médicaments et services pharmaceutiques dans le cadre du programme d'achat de places dans les résidences privées d'hébergement avec services et dans les établissements privés non conventionnés pour les personnes âgées de 65 ans ou plus	1er février 1994	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1187-97
Rémunération des dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	1er avril 1996	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 848-96
Médicaments et services pharmaceutiques pour la chimioprophylaxie et pour le traitement de la tuberculose	17 février 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 98-97
Rémunération des optométristes travaillant dans les centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience visuelle	1er janvier 1997	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 749-97
Rémunération des médecins effectuant une évaluation de l'état mental d'un accusé à la suite d'une ordonnance d'un tribunal du Québec	1er avril 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 90-2010
Gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence offerts en pharmacie	17 décembre 2003	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 983-2003
Remboursement des coûts relatifs au transport des thérapies parentérales et des solutions ophtalmiques	23 mars 2004	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1283-2003

39. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2010.

40. Ministère de la Sécurité publique.

B. PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (SUITE)[41]

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Accord[42] et décret
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	1er mai 1988	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et par la Loi sur l'assurance-hospitalisation	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord MSSS-RAMQ Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires d'une aide financière de dernier recours	1er février 1990	Fonds des services de santé	Accord MSSS-MESS-RAMQ Décret 1233-91
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 407-90
Rémunération des médecins pour leur présence à la Cour du Québec, Chambre de la jeunesse, en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse	18 décembre 1991 (médecins spécialistes) 16 juin 1992 (médecins omnipraticiens)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1610-92
Rémunération des médecins exerçant à titre de médecin-conseil ou de coordonnateur des services préhospitaliers auprès des agences de la santé et des services sociaux ou à titre de membre d'une commission médicale régionale	1er janvier 1995 (médecins omnipraticiens) 1er octobre 1995 (médecins spécialistes)	Fonds des services de santé	Accord MSSS-RAMQ Décret 1189-97
Exonération financière pour les services d'aide domestique	1er septembre 1997	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 1012-2009
Aide aux personnes infectées par le virus de l'hépatite C (VHC)	28 juin 1999	MSSS	Accord MSSS-RAMQ Décret 863-99 Décret 300-2004
Programme de gratuité des médicaments pour le traitement de la grippe en situation de pandémie	30 octobre 2009	MSSS	Décret 1386-2009

41. La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services.

42. Les accords sont indiqués sous les noms des ministères au 31 mars 2010.

C. FONCTIONS DÉLÉGUÉES À LA RÉGIE EN VERTU DE L'ARTICLE 2 DE LA LOI SUR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Programme	Entrée en vigueur	Source de financement	Entente[43] et décret
Contribution financière des adultes hébergés	1er septembre 1997	MSSS	Ententes MSSS-RAMQ et MESS-RAMQ Décret 520-99
Contribution des usagers pris en charge par une ressource intermédiaire	1er avril 2001	MSSS	Entente MSSS-RAMQ Décret 341-2001

D. PROCÉDURE DE RÉCLAMATION DÉCOULANT D'UN JUGEMENT DE LA COUR SUPÉRIEURE DU QUÉBEC

Procédure de réclamation	Entrée en vigueur	Source de financement
Remboursement de sommes à des femmes qui ont dû débourser pour obtenir une interruption volontaire de grossesse	24 février 2007[44]	Fonds d'indemnité déposé par le gouvernement du Québec auprès de la Fiducie Desjardins

43. Les ententes sont indiquées sous les noms des ministères au 31 mars 2010.

44. La Régie a été désignée comme administrateur de la procédure par la Cour supérieure le 14 novembre 2006.

E. BANQUES DE DONNÉES CONFIÉES À LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC

Des banques de données sont confiées à la Régie en vertu de l'article 2 de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles contiennent un sous-ensemble des données collectées et utilisées par les établissements ou les organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Ces données portent sur les services rendus aux clientèles du réseau.

Banque de données	Source de financement	Accords
Banque de données commune sur la clientèle et les services des centres locaux de services communautaires La banque contient des données non nominatives sur les usagers des centres locaux de services communautaires, sur les demandes de services ainsi que sur les interventions et activités ponctuelles réalisées pour ces usagers.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 30 novembre 2000
Classification des données cliniques Cette banque de données sert à la constitution et à la validation du contenu des banques de données communes, notamment MED-ECHO, le Fichier des tumeurs du Québec et le Registre des traumatismes du Québec.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO) La banque contient les informations relatives aux hospitalisations et aux inscriptions en chirurgie d'un jour dans les établissements québécois de soins généraux et spécialisés.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Fichier des tumeurs du Québec À partir des données de MED-ECHO, ce fichier recueille un ensemble de données sur le cancer et sur les personnes atteintes de cette maladie, notamment sur les tumeurs malignes primaires.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Registre des salles d'urgence Les données du registre sont utilisées, entre autres, pour connaître l'achalandage des salles d'urgence et les délais de séjour à l'urgence. L'exploitation du registre permet la planification et l'organisation des services des centres hospitaliers.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 31 août 2000
Registre des traumatismes du Québec Le registre contient des renseignements sur les victimes de traumatismes majeurs, notamment l'événement ayant causé le traumatisme, l'intervention préhospitalière, le séjour à l'urgence et le suivi en milieu hospitalier.	Fonds des services de santé	Entente MSSS-RAMQ 30 novembre 2000

Annexe 3
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

Ce code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie a été adopté par le conseil d'administration le 10 mars 2010. Il a remplacé celui qui avait été adopté le 13 octobre 1999.

PRÉAMBULE

La Régie de l'assurance maladie du Québec (« la Régie ») administre les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi qu'un ensemble de programmes complémentaires. Elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure une circulation sécuritaire de l'information.

La Régie est administrée par un conseil d'administration composé de quinze membres, dont le président du conseil et le président-directeur général. Le président-directeur général est assisté par des vice-présidents. Les membres du conseil d'administration et les vice-présidents sont nommés par le gouvernement du Québec.

Guidée par ses valeurs que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance, la Régie entend être reconnue comme un partenaire dynamique dans la gestion et l'évolution du système de santé québécois.

Conscients des enjeux auxquels est confrontée la Régie, les membres du conseil d'administration œuvrent à développer une gouvernance fondée sur les principes d'efficacité, de transparence et d'imputabilité.

Soucieux de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de leurs décisions, les membres du conseil d'administration de la Régie adoptent le présent Code d'éthique et de déontologie.

1. DÉFINITIONS

Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « ***Administrateur*** » : désigne un membre du conseil d'administration de la Régie nommé par le gouvernement, incluant le président du conseil et le président-directeur général;

b) « ***Code*** » : désigne le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie approuvé par le conseil d'administration;

c) « ***Intérêt*** » : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

d) « ***Conflit d'intérêts*** » : désigne toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur pourrait être porté à favoriser indûment l'intérêt d'une personne (y compris le sien, celui d'un membre de sa famille ou d'une personne à laquelle il est lié) au détriment de l'intérêt public, celui de la Régie, des personnes assurées ou d'une autre personne. Toute situation susceptible de porter atteinte à la loyauté, à l'intégrité ou au jugement de l'administrateur est également visée par la définition;

e) « ***Conseil*** » : désigne le conseil d'administration de la Régie;

f) « ***Conseiller en éthique*** » : désigne le conseiller en éthique de la Régie et du conseil;

g) « ***Information confidentielle*** » : toute information ayant trait à la Régie, aux régimes d'assurance maladie et d'assurance médicaments, au système de santé et de services sociaux ou toute information de nature stratégique qui n'est pas connue du public et qui, si elle était divulguée par un administrateur, serait susceptible de procurer un avantage indu à la personne qui reçoit l'information ou de compromettre la réalisation d'une orientation, d'une opération, d'un programme ou d'un projet de la Régie ou du gouvernement;

h) « ***Personne liée*** » : personne liée à un administrateur, cette personne ayant un lien par le sang, le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption. Aux fins du présent Code, est également une personne liée, l'enfant d'une personne ayant un lien avec l'administrateur par le mariage, l'union civile, l'union de fait ou l'adoption, un membre de sa famille immédiate vivant sous le même toit, la personne ou la société de personnes à laquelle un administrateur est associé, la personne morale dont l'administrateur détient directement ou indirectement 10 % ou plus d'une catégorie de titres comportant droit de vote, la personne morale qui est contrôlée par l'administrateur ou par une personne liée au sens du présent paragraphe ou par un groupe de ces personnes agissant conjointement; toute personne qu'un administrateur pourrait être porté à favoriser en raison de sa relation avec un tiers, de son statut, de son titre ou autre;

i) « ***Président du conseil*** » : désigne le président du conseil d'administration de la Régie;

j) « ***Président-directeur général*** » : désigne le président et chef de la direction de la Régie;

k) « ***Règlement intérieur*** » : désigne le Règlement intérieur de la Régie de l'assurance maladie du Québec adopté par le conseil conformément à la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec;

l) « ***Secrétaire*** » : désigne le secrétaire du conseil.

2. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

2.1 **Objet.** Le présent Code a pour objet d'établir les principes d'éthique et les règles de déontologie applicables aux administrateurs de la Régie et au secrétaire.

Les principes d'éthique énoncent les valeurs qui doivent en toute occasion guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

Les règles de déontologie portent sur les devoirs, les responsabilités et les obligations des administrateurs.

2.2 **Conformité.** Le présent Code est établi en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et conformément aux exigences du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui en découle (L.R.Q., c. M-30, a. 3.0.1 et 3.0.2; 1997, c. 6, a. 1). Il reflète et complète les dispositions de ces derniers.

L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par cette loi, ce règlement et le présent Code ainsi que ceux établis par le code de déontologie adopté par l'ordre professionnel auquel il appartient, le cas échéant. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent. Sa conduite doit pouvoir résister à l'examen public le plus minutieux.

2.3 **Approbation et révision.** Conformément à la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (L.R.Q., c. G-1.02), et au Règlement intérieur, le conseil approuve le présent Code, sur recommandation du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines lequel en assure la révision périodique.

2.4 **Interprétation.** Dans le présent Code, l'interdiction de poser un geste inclut la tentative de poser ce geste, et toute participation ou incitation à le poser.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

3.1 **Conduite.** Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur agit avec loyauté, honnêteté, intégrité et dans le respect du droit.

Il adhère aux valeurs organisationnelles de la Régie que sont le respect, la responsabilité, l'équité et la vigilance et favorise le développement d'une culture de l'éthique au sein de la Régie et de son conseil.

L'administrateur entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

3.2 **Contribution.** L'administrateur contribue, dans l'accomplissement de ses fonctions, à la réalisation de la mission et de la vision de la Régie en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances et son expérience, et en faisant preuve de diligence et de prudence.

L'administrateur exerce un jugement indépendant et impartial dans le meilleur intérêt de la Régie et de ses clientèles.

L'administrateur participe activement aux activités du conseil et maintient à jour ses connaissances. Il se prépare adéquatement aux rencontres, fait preuve d'assiduité, favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil et contribue aux délibérations au meilleur de sa compétence.

L'administrateur s'enquiert de tout renseignement qu'il juge utile au sujet des activités de la Régie afin de s'acquitter efficacement de son mandat.

4. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

A) RÈGLES GÉNÉRALES

4.1 **Lois et règlements.** Aux fins de se conformer aux règles de déontologie qui lui sont applicables, l'administrateur prend connaissance de la section I.1 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État.

4.2 **Attestation.** Lors de sa nomination, l'administrateur atteste avoir pris connaissance du présent Code et s'engage à le respecter. Il signe à cet effet le formulaire d'engagement relatif aux règles en matière d'éthique et de déontologie applicables aux membres du conseil.

4.3 **Affaires personnelles.** L'administrateur doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne nuisent pas à l'exercice de ses fonctions et lui permettent de consacrer le temps et l'attention que ces dernières requièrent.

4.4 **Reddition de comptes.** L'administrateur reconnaît que le conseil doit rendre compte de ses décisions au gouvernement ainsi qu'au public en général. Il doit être en mesure de justifier la conduite qu'il adopte dans l'exercice de ses fonctions et faire preuve de transparence.

4.5 **Considérations politiques et réserve.** L'administrateur doit prendre ses décisions indépendamment de toute considération politique partisane.

L'administrateur doit faire preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

4.6 **Non-ingérence.** L'administrateur s'abstient d'utiliser son statut pour tenter d'influencer la décision d'un fonctionnaire dans un dossier dont celui-ci assume la responsabilité.

4.7 **Rémunération.** Un administrateur doit s'abstenir de recevoir quelque somme que ce soit en plus des remboursements auxquels il a droit.

4.8 **Services rémunérés.** L'administrateur ne doit offrir aucun service-conseil ou autre service à la Régie contre rémunération, que ce soit à titre personnel ou par l'intermédiaire d'une personne liée ou d'une entité dans laquelle lui ou une personne liée détiennent des intérêts.

4.9 **Services professionnels.** Nonobstant ce qui est prévu à l'article 4.8, il est permis à un administrateur de recevoir des honoraires pour des biens et services prodigués dans le cadre d'un programme administré par la Régie.

4.10 **Avantages et cadeaux.** L'administrateur ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même, une personne qui lui est liée ou un tiers.

L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou avantages autres que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout cadeau, marque d'hospitalité ou avantage ne correspondant pas à ces critères doit être retourné au donateur ou à l'État.

4.11 **Biens.** L'administrateur doit s'abstenir d'utiliser directement ou indirectement les biens de la Régie à son profit ou au profit d'un tiers.

4.12 **Information.** L'administrateur ne doit communiquer ni permettre que soit communiquée une information confidentielle dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions qu'aux personnes autorisées à la connaître. En outre, cette information ne doit pas être utilisée à son avantage personnel, ni à celui de personnes liées ou celui d'un groupe d'intérêts en particulier. En cas de doute, il doit faire preuve de prudence et peut consulter le conseiller en éthique.

4.13 **Cessation de fonctions.** L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur cette information.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir en son nom ou pour le compte d'autrui relativement à une opération à laquelle la Régie est partie prenante et sur laquelle il détient de l'information confidentielle.

Un administrateur ne peut traiter, dans les circonstances qui sont prévues au deuxième alinéa, avec un administrateur qui a quitté ses fonctions, et ce, dans l'année qui suit son départ.

B) RÈGLES CONCERNANT LES INTÉRÊTS

4.14 **Prévention.** Il incombe à l'administrateur de prendre en tout temps les mesures nécessaires pour éviter de se placer dans une situation de conflit d'intérêts.

4.15 **Interdiction.** L'administrateur ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association le mettant en conflit d'intérêts. Tout administrateur ayant un tel intérêt doit, sous peine de révocation, se conformer aux dispositions 4.17, 4.18 et 4.19.

Lorsqu'il se trouve en conflit d'intérêts en raison d'une succession ou d'une donation, l'administrateur doit y renoncer ou en disposer avec diligence.

Il ne peut, dans le but de contourner les présentes règles, ni vendre ni céder les biens litigieux à des personnes liées.

Le présent article n'a toutefois pas pour effet d'empêcher un administrateur de se prononcer sur des mesures d'application générale relatives aux conditions de travail auxquelles il est assujetti en raison de son occupation professionnelle.

4.16 **Situations.** Les situations suivantes peuvent constituer des conflits d'intérêts :

- avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de la Régie;
- obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision de la Régie;
- avoir une réclamation litigieuse contre la Régie;
- se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

4.17 **Déclaration d'intérêts.** L'administrateur doit remettre au président du conseil, dans les 60 jours suivant sa nomination et au 1er avril de chaque année où il demeure en fonction, une déclaration relative aux intérêts et autres fonctions rédigée dans la forme prévue. Cette déclaration vise à divulguer les informations suivantes :

- les intérêts financiers détenus à titre de créancier, d'actionnaire, de détenteur de parts ou d'options, de propriétaire ou autrement, dans une entreprise, une société, une association ou un organisme, à but lucratif ou sans but lucratif, dont le domaine d'activité est, ou est susceptible d'être, lié à ceux de la Régie;
- les conseils d'administration auxquels il siège, les autres fonctions qu'il exerce à titre de dirigeant, de gérant ou de cadre supérieur et pour chacune des fonctions exercées, le nom de l'entreprise, de la société, de l'association ou de l'organisme et son champ d'activité;
- les droits que lui ou une personne liée peuvent faire valoir contre la Régie, incluant leur nature et leur valeur;
- toute situation sur les plans personnel, professionnel ou philanthropique touchant une personne liée ou lui-même, qu'il y aurait lieu d'évaluer afin de déterminer si elle est susceptible de créer un conflit avec l'exercice de ses fonctions ou de susciter une controverse ou un doute raisonnable.

L'administrateur produit une déclaration même s'il n'a pas d'intérêts ou de situation particulière à divulguer et la remet au président du conseil.

Dans le cas du président du conseil, sa déclaration doit être remise au secrétaire.

4.18 **Modification d'intérêts en cours de mandat.** L'administrateur doit informer le président du conseil de toute modification à sa déclaration relative aux intérêts et autres fonctions dans la forme prévue, et ce, dans les 30 jours suivant la survenance d'un changement significatif au contenu de sa dernière déclaration d'intérêts.

Dans le cas du président du conseil, toute modification doit être signalée au secrétaire.

Une déclaration de modification d'intérêts communiquée verbalement par un administrateur et consignée au procès-verbal d'une rencontre du conseil tient lieu de déclaration écrite.

4.19 **Abstention.** Lorsqu'il est établi qu'un administrateur est en conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent en cours de mandat, ce dernier doit s'abstenir de participer à toute délibération ou à tout vote du conseil sur une question liée aux intérêts qu'il détient et ne doit tenter en aucune façon d'influencer la décision s'y rapportant.

Il doit se retirer de la réunion du conseil pour la durée des délibérations et du vote sur cette question. Le procès verbal doit faire état de son absence ou de son abstention de participer aux discussions.

Le président du conseil peut décider de toute mesure additionnelle jugée appropriée pour assurer la primauté de l'intérêt public et préserver l'intégrité de la Régie et la confiance du public.

4.20 **Traitement confidentiel.** Le président du conseil remet toutes les déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions et toute modification de ces déclarations reçues en vertu des articles 4.17 et 4.18 au secrétaire, qui les joint au dossier personnel de

chaque administrateur créé à cet effet et gardé en sécurité au Secrétariat général de la Régie.

Le président du conseil, le conseiller en éthique et son représentant et, au besoin, les membres du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines, sont les seules personnes ayant accès aux déclarations d'intérêts des administrateurs, et doivent en assurer la confidentialité.

5. MISE EN ŒUVRE

5.1 **Rôle du président du conseil.** Le président du conseil est responsable de l'application du présent Code par les administrateurs.

Il assure le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournit aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations ou sur toute autre question de nature éthique ou déontologique. À cette fin, il peut prendre conseil auprès du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines et du conseiller en éthique.

Dès qu'il a pris connaissance des déclarations relatives aux intérêts et autres fonctions, ou des modifications à celles-ci, le président du conseil doit établir s'il y a conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. Dans l'affirmative, il doit entreprendre des mesures visant la résolution du conflit.

Lorsque la situation le requiert, en raison notamment d'un enjeu concernant la responsabilité ou le bon fonctionnement du conseil, le président informe ce dernier de la survenance d'un cas de manquement à l'éthique ou à la déontologie et du suivi qu'il entend y apporter.

5.2 **Rôle du comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines.** Le comité peut conseiller le président du conseil en matière d'éthique et de déontologie et l'assister dans ses travaux concernant l'application et l'interprétation du présent Code.

Le comité porte à l'attention du président toute question qu'il juge pertinente.

Lorsqu'un manquement possible à l'éthique est soulevé concernant un administrateur, le comité peut, à la demande du président du conseil, recueillir toute information pertinente. Il fait rapport écrit au président du conseil de ses constatations et lui recommande des mesures à prendre, s'il y a lieu.

Le comité peut consulter des conseillers ou des experts sur toute question qu'il juge à propos et recevoir des avis de leur part, notamment le conseiller en éthique.

Le comité exerce également les fonctions qui lui sont dévolues en vertu de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec et du Règlement intérieur.

5.3 **Rôle du conseiller en éthique.** Le conseiller en éthique assiste le président du conseil et le comité de gouvernance, d'éthique et de ressources humaines dans l'application du présent Code.

Il voit également à faire publier dans le rapport annuel de gestion de la Régie le présent Code ainsi que tout autre renseignement de nature éthique ou déontologique exigé par la Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Loi sur l'administration publique, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État ou par les ministères et organismes centraux du gouvernement.

6. PROCESSUS DISCIPLINAIRE

6.1 **Processus disciplinaire applicable.** Le processus disciplinaire applicable aux membres du conseil dans les cas de non-respect du Code est celui prévu au chapitre VI du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, dont les principaux éléments sont résumés ci-après. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif est l'autorité compétente pour agir en matière disciplinaire.

6.2 **Manquement au code.** Lorsque le président du conseil a des motifs raisonnables de croire qu'un administrateur n'a pas respecté l'une ou l'autre des dispositions du présent Code, il entreprend les démarches visant l'application du processus disciplinaire applicable.

6.3 **Communication à l'autorité compétente.** Le président du conseil informe, dans les plus brefs délais, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif. Le président du conseil lui remet le dossier complet de l'administrateur en cause, incluant toute information

susceptible d'aider l'autorité compétente à évaluer la situation et à appliquer les mesures disciplinaires le cas échéant.

6.4 **Situations urgentes.** L'administrateur à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

6.5 **Communication à l'administrateur en cause.** L'autorité compétente fait part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

6.6 **Sanctions.** Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu au présent Code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction. La sanction qui peut être imposée est la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. Toute sanction imposée à un administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

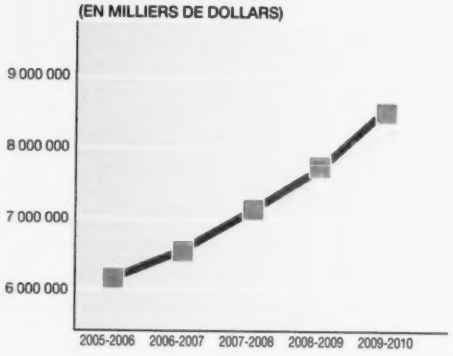
Annexe 4
Complément d'informations financières relatives aux programmes administrés par la Régie

En complément à la section des ressources financières du présent rapport annuel, voici une présentation détaillée des coûts des programmes qu'administre la Régie.

COÛT DES PROGRAMMES ADMINISTRÉS PAR LA RÉGIE
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie					
Services médicaux	3 210 685	3 360 594	3 579 285	4 013 660	4 462 723
Médicaments et services pharmaceutiques	1 921 263	2 090 115	2 280 132	2 400 780	2 535 943
Aides techniques	109 337	127 667	129 192	134 726	153 292
Services dentaires	102 401	101 411	112 580	119 366	133 807
Services optométriques	33 843	33 940	37 718	38 266	42 242
Bourses	9 720	9 352	12 610	13 942	14 452
Sous-total	5 387 249	5 723 079	6 151 517	6 720 740	7 342 459
Autres programmes confiés					
Services médicaux	199 476	210 977	231 237	272 391	261 050
Médicaments et services pharmaceutiques	502 137	548 190	584 562	602 060	635 891
Services hospitaliers	140 917	151 849	167 021	178 875	201 758
Services dentaires	2 394	2 410	2 418	2 518	2 888
Services optométriques	1 605	1 664	2 420	1 243	1 919
Services d'aide domestique	42 080	45 715	51 809	57 936	60 445
Aide financière (hépatite C)	1 571	878	431	661	368
Sous-total	890 180	961 683	1 039 898	1 115 684	1 164 319
Total	6 277 429	6 684 762	7 191 415	7 836 424	8 506 778

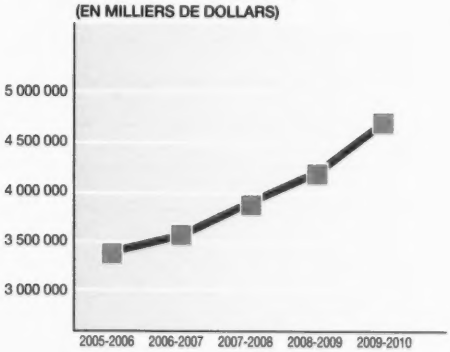
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



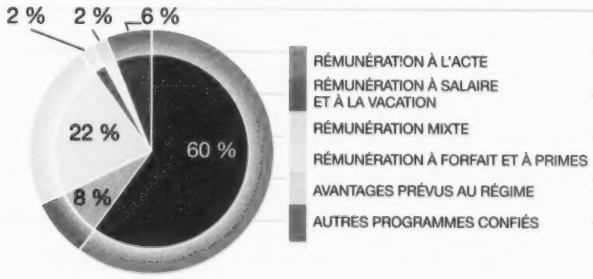
SERVICES MÉDICAUX
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie	3 210 685	3 360 594	3 579 285	4 013 660	4 462 723
Rémunération à l'acte	2 244 244	2 302 596	2 393 891	2 614 054	2 851 211
Spécialistes	1 273 047	1 302 255	1 357 814	1 517 098	1 662 565
Omnipraticiens[45]	944 430	974 105	1 008 183	1 064 714	1 154 044
Remboursements versés aux personnes assurées	16 887	16 777	17 980	21 733	22 654
Professionnels de la santé hors du Québec	9 880	9 459	9 914	10 509	11 948
Rémunération à salaire et à la vacation	307 385	314 633	334 875	361 053	384 007
Vacation et honoraires forfaitaires	223 278	237 285	249 818	278 393	299 746
Salaires et honoraires fixes	84 107	77 348	85 057	82 660	84 261
Rémunération mixte	604 808	658 607	712 684	856 904	1 026 692
Spécialistes	602 358	656 124	709 687	853 368	1 022 958
Omnipraticiens	2 450	2 483	2 997	3 536	3 734
Rémunération à forfait et à primes[45]	-	12 538	58 460	104 512	113 020
Forfait	-	12 538	54 444	86 954	96 584
Primes	-	-	4 016	17 558	16 436
Avantages prévus au régime	54 248	72 220	79 375	77 137	87 793
Mesures incitatives et particulières	27 194	26 625	28 349	30 176	42 064
Assurance responsabilité professionnelle	27 054	45 595	51 026	46 961	45 729
Autres programmes confiés	199 476	210 977	231 237	272 391	261 050
Rémunération des résidents en médecine	122 146	130 108	144 362	158 005	170 034
Commission de la santé et de la sécurité du travail	75 733	79 303	85 354	112 777	89 358
Soutien financier et Victimes d'immunisation	1 194	1 134	1 092	1 118	1 160
Évaluation de l'état mental d'un accusé	403	431	429	491	498
Services assurés non disponibles au Québec	-	1	-	-	-
Total	**3 410 161**	**3 571 571**	**3 810 522**	**4 286 051**	**4 723 773**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS

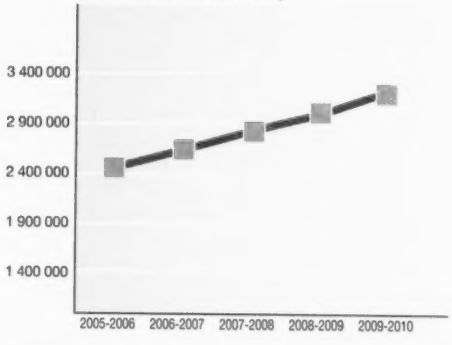


45. La rémunération à forfait et à primes est présentée distinctement de la rémunération à l'acte des omnipraticiens pour les trois derniers exercices. En effet, ce mode de rémunération étant en hausse, il est comptabilisé distinctement depuis le 1er avril 2008, ce qui permet d'en assurer un meilleur suivi.

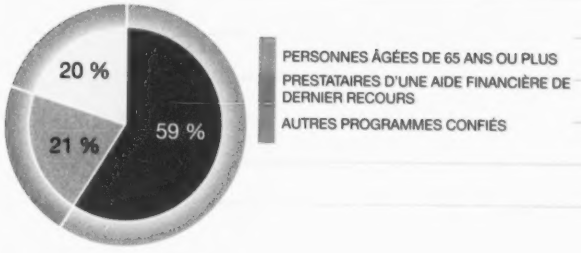
MÉDICAMENTS ET SERVICES PHARMACEUTIQUES (EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie	1 921 263	2 090 115	2 280 132	2 400 780	2 535 943
Personnes âgées de 65 ans ou plus (RPAM[46])	1 377 326	1 509 623	1 650 647	1 748 652	1 855 761
Prestataires d'une aide financière de dernier recours (RPAM)	543 930	580 492	629 485	652 128	680 182
- de moins de 65 ans	536 938	572 940	621 581	643 623	671 228
- de 60 à 64 ans bénéficiaires d'une allocation de conjoint	4 872	5 318	5 619	6 038	6 254
- de 65 ans ou plus	2 120	2 234	2 285	2 467	2 700
Surveillance et suivi de la consommation	7	-	-	-	-
Autres programmes confiés	502 137	548 190	584 562	602 060	635 891
Autres personnes admissibles au régime (RPAM)	498 238	545 541	581 849	599 237	632 821
Patients d'exception	1 299	-	-	-	-
Gratuité des médicaments pour :					
- les infections transmissibles sexuellement	859	794	723	736	874
- la chimioprophylaxie et la tuberculose	426	391	373	341	353
- la contraception orale d'urgence	990	1 101	1 242	1 377	1 511
Achats de places dans les résidences privées d'hébergement	284	282	276	213	147
Transport des thérapies parentérales	41	81	99	156	185
Total	**2 423 400**	**2 638 305**	**2 864 694**	**3 002 840**	**3 171 834**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



RÉPARTITION DES COÛTS

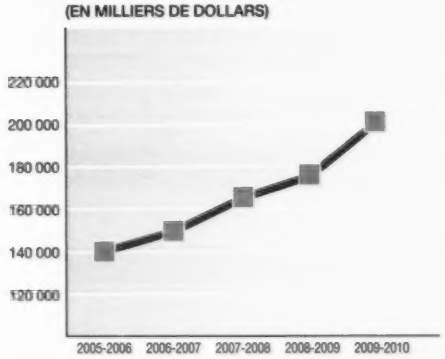


46. Le régime public d'assurance médicaments (RPAM) couvre les personnes âgées de 65 ans ou plus, les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes non admissibles à un régime privé d'assurance collective ou d'avantages sociaux. Les coûts sont assumés par le Fonds de l'assurance médicaments, qui est financé, d'une part, par les primes perçues auprès des adhérents adultes et des personnes de 65 ans ou plus (présentés sous la rubrique « Autres programmes confiés ») et, d'autre part, par le Fonds consolidé du revenu déterminé lors de l'allocation des crédits.

SERVICES HOSPITALIERS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

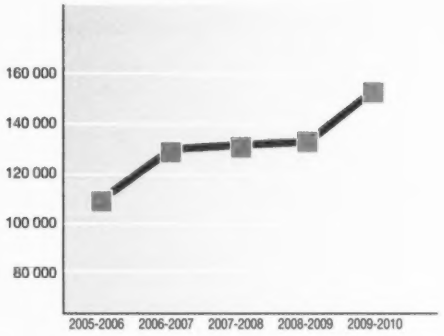
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Autres programmes confiés					
Services rendus hors du Québec à des résidents du Québec	108 210	118 926	130 182	146 159	161 143
Ontario	84 062	89 850	101 539	109 119	121 358
Nouveau-Brunswick	12 458	13 738	13 599	16 862	18 140
Autres provinces	6 885	8 643	7 988	9 595	8 132
États-Unis	3 458	5 178	5 684	8 548	11 528
Autres pays	1 347	1 517	1 372	2 035	1 985
Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	32 707	32 923	36 839	32 716	40 615
Ontario	14 294	15 282	17 127	15 706	19 362
Nouveau-Brunswick	12 161	12 388	12 975	10 034	13 200
Terre-Neuve	1 977	838	1 009	1 404	1 393
Autres provinces	4 275	4 415	5 728	5 572	6 660
Total	**140 917**	**151 849**	**167 021**	**178 875**	**201 758**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



AIDES TECHNIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

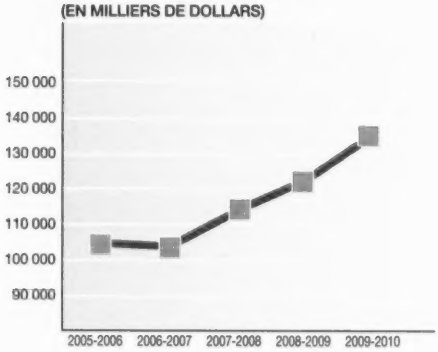
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie					
Appareils suppléant à une déficience physique	74 473	84 072	81 668	85 428	93 736
Aides auditives	22 317	29 558	33 812	33 827	42 681
Appareils fournis aux stomisés permanents	6 749	7 544	7 461	8 449	9 399
Aides visuelles	3 856	4 640	4 462	5 019	5 348
Prothèses mammaires externes	1 569	1 491	1 447	1 647	1 732
Prothèses oculaires	373	362	342	356	396
Total	**109 337**	**127 667**	**129 192**	**134 726**	**153 292**



SERVICES DENTAIRES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie	102 401	101 411	112 580	119 366	133 807
Personnes assurées	100 442	99 643	110 875	117 469	131 855
- Enfants (moins de 10 ans)	50 616	51 774	54 924	60 155	69 042
- Prestataires d'une aide financière de dernier recours (10 ans ou plus)	32 317	33 405	39 402	39 363	44 384
- Prothèses dentaires - Denturologistes	8 364	7 185	8 415	8 924	9 203
- Prothèses dentaires - Dentistes	2 021	1 629	1 768	1 568	1 510
- Chirurgie buccale	7 124	5 650	6 366	7 459	7 716
Mesures incitatives	1 959	1 768	1 705	1 897	1 952
Autre programme confié	2 394	2 410	2 418	2 518	2 888
Dentistes œuvrant dans une direction régionale de santé publique	2 394	2 410	2 418	2 518	2 888
Total	**104 795**	**103 821**	**114 998**	**121 884**	**136 695**

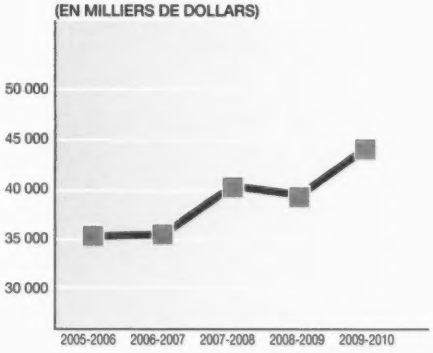
ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



SERVICES OPTOMÉTRIQUES
(EN MILLIERS DE DOLLARS)

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Crédits d'assurance maladie					
Personnes assurées	33 843	33 940	37 718	38 266	42 242
Autre programme confié					
Personnes ayant une déficience visuelle	1 605	1 664	2 420	1 243	1 919
Total	**35 448**	**35 604**	**40 138**	**39 509**	**44 161**

ÉVOLUTION DES COÛTS
(EN MILLIERS DE DOLLARS)



Coordonnées de la Régie

SITE INTERNET

www.ramq.gouv.qc.ca

ADRESSES DES BUREAUX

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7

3e étage, bureau 300
425, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec) H3A 3G5

AUTRES COORDONNÉES

Pour les citoyens

Téléphone

Québec : 418 646-4636
Montréal : 514 864-3411
Ailleurs au Québec : 1 800 561-9749

Appareil de télécommunication pour personnes sourdes (ATS)

Québec : 418 628-3939
Ailleurs au Québec : 1 800 361-3939

Pour les professionnels de la santé

	Téléphone	Télécopieur
Québec	418 643-8210	418 646-9251
Montréal	514 873-3480	514 873-5951
Ailleurs au Québec	1 800 463-4776	

Ligne Info Prof

Québec : 418 528-7763
Ailleurs au Québec : 1 800 463-7763

Centre de support aux pharmaciens

	Téléphone	Télécopieur
Québec	418 643-9025	418 528-5655
Ailleurs au Québec	1 888 883-7427	1 866 734-4418

Courriel

services.professionnels@ramq.gouv.qc.ca

Régie de
l'assurance maladie
Québec